Rok XLIV. Kraków 11 Listopada 1905. Nr. 45

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O hodowaniu beztlenowców bezwzględnych w pożywkach z wolnym dostępem powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jag. Dyrektor prof. K. Klecki).

Od czasu, gdy zająłem się sprawą jałowości tkanek zwierzęcych prawidłowych i zagadnieniami, ściśle z rzeczoną sprawą związanemi, zbadałem bakteryologicznie narządy wewnętrzne przeszło stupięćdziesięciu zwierząt. W pewnej liczbie przypadków z kawałków narządów, zaszczepionych do bulionu zwykłego, na agar i do żelatyny, wyhodowałem mikroby. Niejednokrotnie przy tem uderzyła mnie okoliczność, iż niektóre z wyhodowanych z tkanek mikrobów posiadały dziwne i napozór paradoksalne cechy: mimo iż wyrosły w zwykłym bulionie z kawałka narządu, — gdy je przeszczepiałem na najrozmaitsze pożywki, to albo wcale nie wyrastały na żadnej z zaszczepionych pożywek, albo tylko w tych pożywkach, do których dostęp powietrza był uniemożliwiony, a więc w głębokim agarze cukrowym, w żelatynie głębokiej i w bulionie, znajdującym się w probówce pod warstwą parafiny. Czasem bulion, w którym znajdował się kawałek narządu, mętniał bardzo wyraźnie w warstwie dolnej, gdy w górnej był całkiem przeźroczysty, przyczem granica między obiema warstwami była ostro zaznaczona [1]).

Dla przykładu przytoczę wyimki z niektórych protokołów doświadczeń, lubo wykonanych przeszło przed półtora rokiem, dotąd jednak drukiem nie ogłoszonych. Protokoły wspomnianych doświadczeń zostaną wkrótce ogłoszone w całości w pracy o roli płuc, jako wrót zakażenia fizyologicznego.

I. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 17/XII 1903. Królikowi w pół godziny po tracheotomii, wstrzyknąłem do tchawicy $^1/_2$ cm³ hod. bul. *b. Kiliense.* W siedem godzin potem, z zachowaniem wszelkich wymagań aseptyki, zaszczepiłem z uśpionego zwierzęcia do probówek z bulionem po kawałku gruczołu krezkowego, śledziony, wątroby, nerki, płuca, gruczołu oskrzelowego, szpiku wraz z kawałkiem kości udowej, oraz po $^1/_4$ do 1 cm³ żółci, moczu i krwi z serca. Zaszczepione do bulionów kawałki narządów nie były większe zazwyczaj nad $^1/_2$ cm³.

W bulionie z kawałkiem kości wraz ze szpikiem wyrosły bardzo drobne prątki, w kropli wiszącej ruchome, metodą Grama odbarwiające się, dla świnek morskich niejadowite. Prątki te, przeszczepione do bulionu, na agar zwykły skośny, na ziemniak, do głębokiego agaru cukrowego, do mleka i do żelatyny, nie wyrosły, jak tylko w głębi żelatyny. A więc te same mikroby, które bardzo dobrze rosły w bulionie, w którym był kawałek kości ze szpikiem, przeszczepione do bulionu innego całkiem nie rosły, jak wogóle na żadnej pożywce, do której dostęp powietrza był wolny.

II. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 8/II 1904. Z kawałka gruczołu krezkowego i z kawałka wątroby psa, zaszczepionych do probówek z bulionem, jak w doświadczeniu poprzedniem, wyrosły spore laseczki, dla świnek morskich niejadowite, metodą Grama nie odbarwiające się. Buliony z kawałkami narządów, w których te mikroby wyrosły, zmętniały i silnie cuchnęły. Mikroby rzeczone, przeszczepione do bulionu zwykłego, do mleka, na agar zwykły skośny, na ziemniak, do głębokiego agaru cukrowego, do żelatyny, do bulionu glicerynowego i do bulionu pod parafiną — nie wyrastały wcale, ani w ciepłocie pokojowej, ani w cieplarce 37°.

Z tego wynika, iż były to mikroby, które jak gdyby zdolne były do rozwoju tylko wtedy, gdy w pożywce znajdował się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej.

III. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 19/II 1904. Z kawałka nerki psa, zaszczepionej do bulionu zwykłego, otrzymałem hodowlę laseczek miernej długości, układających się w długie łańcuszki, w kropli wiszącej ruchomych, sposobem Grama nie odbarwiających się, dla świnek morskich niejadowitych. Laseczki wspomniane, mimo iż bulion, w którym znajdował się kawałek nerki zmąciły, wytwarzając w nim hodowlę, nie wyrastały wcale, gdy je przeszczepiałem do bulionu zwykłego i glicerynowego, na agar zwykły skośny, do żelatyny i na ziemniak. Rosły natomiast w głębi kłutego agaru cukrowego i w agarze zwykłym pod warstwą parafiny.

Na zasadzie cech powyższych należałoby wyhodowane z nerki laseczki zaliczyć do gromady beztlenowców.

Z kawałka gruczołu oskrzelowego tegoż samego psa wyhodowałem w bulionie krótkie wielopostaciowe prątki, w kropli wiszącej ruchome, metodą Grama nieodbarwiające się, dla świnek morskich niejadowite. Mikroby te, przeszczepiane do bulionu zwykłego i glicerynowego, na ziemniak, na agar zwykły skośny, na żelatynę, do głębokiego agaru cukrowego i do bulionu pod parafiną — na żadnej pożywce nie wytwarzały hodowli.

IV. Wyjątek z protokołu doświadczenia, wykonanego 19/II 1904. W bulionie, zaszczepionym kawałkiem nerki królika, wyrosły bardzo drobne prątki, w kropli wiszącej ruchome, sposobem Grama nieodbarwiające się, dla świnek morskich niejadowite. Prątki te przeszczepiane do bulionu zwykłego i glicerynowego, do mleka, do żelatyny, na agar zwykły skośny i do agaru cukrowego głębokiego nie wyrastały wcale; wyrosły jedynie w głębi kłutego agaru cukrowego pod warstwą parafiny. Sądząc z cech powyższych, należałoby wyhodowane z nerki prątki zaliczyć do gromady beztlenowców.

Z powyższych spostrzeżeń możnaby dwa wnioski wysnuć, a mianowicie:

1) iż istnieją mikroby, które rosną w bulionie z kawałkiem narządu zwierzęcego, aczkolwiek nie rosną zgoła na zwykle używanych pożywkach do hodowli zarówno tlenowców, jak i beztlenowców;

2) iż mikroby, które w zwykłych warunkach rozwijają się tylko w pożywkach bez dostępu powietrza, mogą rozwijać się i w pożywkach z dostępem powietrza (bulion), jeśli tylko w pożywce znajduje się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej.

Wniosków rzeczonych nie sprawdziłem doświadczalnie, gdy przed kilku miesiącami pojawiła się nader ciekawa

[1]) Patrz sprawozdanie z czwartego doświadczenia w pracy p. n. „O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych“ („Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich“, T. II, Lwów, 1903).

i pouczająca praca[2]) Tarozziego, wykonana w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu w Sienie. Tarozzi na zasadzie swych badań twierdzi, iż w zwykłych pożywkach, przeznaczonych do hodowania tlenowców rozwijają się również dobrze i beztlenowce, jeśli włożyć uprzednio do pożywki kawałek narządu zwierzęcego, najlepiej kawałek wątroby, śledziony lub nerki. Co więcej, nawet w bulionie, w którym tylko przez kilka godzin znajdował się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, rozwijają się według Tarozziego beztlenowce, jeśli je zaszczepić do bulionu nawet już po wyjęciu kawałka narządu.

Ponieważ sprawa rozmnażania się beztlenowców wobec dostępu powietrza w zwykłych pożywkach, zawierających kawałek narządu zwierzęcego, już dawniej poniekąd była mnie zajmowała, przeto z tem większą skwapliwością zabrałem się do sprawdzenia badań Tarozziego.

Badania Tarozziego sprawdzałem, posługując się czterema gatunkami beztlenowców, mianowicie lasecznikami tężca, szelestnicy, obrzęku złośliwego i zatrucia mięsnego (*b. botulinus*). W bulionach, do których szczepiłem wspomniane mikroby, znajdowały się kawałki narządów królików i świnek morskich wielkości mniej więcej $^1/_3$ cm³, oraz daleko mniejsze kawałki narządów myszy białych. Pożywki bulionowe z kawałkami narządów, zanim zaszczepiłem do nich beztlenowce, trzymałem przez parę lub kilka dni w cieplarce, a dopiero, gdy bulion nie zmętniał zupełnie, szczepiłem doń wspomniane wyżej mikroby i znowuż umieszczałem zaszczepione pożywki w cieplarce, stale nastawionej na 37°.

I. Doświadczenia z lasecznikiem tężca.

1) Do próbki z bulionem zaszczepiłem kawałek śledziony myszy białej. Zaszczepiony kawałek narządu był oczywiście nader mały, boć i sam narząd miał bardzo szczupłe rozmiary. Bulion z kawałkiem śledziony mysiej przez dwa dni trzymałem w cieplarce, a ponieważ bulion w ciągu tego czasu nie zmętniał, zaszczepiłem doń laseczníka tężca z hodowli agarowej. Bulion z kawałkiem śledziony pozostał przeźroczysty, mimo, iż później szczepiłem doń jeszcze kilkakrotnie laseczniki tężca. Pożywkę zaszczepioną obserwowałem w ciągu 10 dni i w ciągu tego czasu pozostała jałowa.

2) Ponieważ wynik poprzedniego doświadczenia był zupełnie ujemny, postanowiłem jeszcze raz w ten sposób spróbować hodować laseczniki tężca. W tym celu do jałowego bulionu z kawałeczkiem śledziony mysiej, który uprzednio przez trzy dni trzymałem w cieplarce, zaszczepiłem laseczniki tężca.

I tym razem wynik doświadczenia był ujemny: w bulionie z kawałkiem śledziony mysiej laseczniki tężca nie rozmnażały się.

3) Powtórzyłem poprzednie doświadczenie po raz trzeci. I tym razem bulion z kawałkiem śledziony mysiej, który uprzednio trzymałem trzy dni w cieplarce, a później zaszczepiłem laseczníkami tężcowymi, pozostał jałowy.

4) Aby się przekonać, czy nie otrzymywałem dlatego wyników ujemnych w poprzednich doświadczeniach, iż w bulionie znajdowała się zbyt mała ilość tkanki zwierzęcej, zaszczepiłem do bulionu jałowego z kawałkiem nerki króliczej, wynoszącym około 1 cm³, laseczniki tężcowe. Zanim zaszczepiłem laseczniki tężca, trzymałem bulion z kawałkiem nerki przez 4 dni w cieplarce. Nazajutrz po zaszczepieniu laseczników tężca bulion z kawałkiem nerki zmętniał. Aby nie mieć wątpliwości co do tego, czy istotnie w bulionie z kawałkiem nerki otrzymałem hodowlę wyłącznie beztlenowców, prócz badania drobnowidowego, przeszczepiłem zeń po kilka oczek do zwykłego bulionu i do bulionu pod parafinę. Bulion pod parafiną zmętniał i zaczął wytwarzać gazy, natomiast bulion zwykły pozostał zupełnie przeźroczysty.

5) Do bulionu *A* wprowadziłem kawałek nerki króliczej wielkości około 1 cm³. Po trzech dniach, gdy bulion wciąż pozostawał przeźroczysty, wyjąłem zeń kawałek nerki, a natomiast zaszczepiłem laseczniki tężcowe. Dla kontroli zaszczepiłem również laseczniki tężcowe do bulionu zwykłego *B*, w którym nie było uprzednio kawałka narządu. Zaraz nazajutrz bulion *A* zmętniał, gdy bulion *B* był przeźroczysty i później również nie zmętniał.

Z bulionu *A* przeszczepiłem po kilka oczek do bulionu pod parafiną *C* i do bulionu zwykłego *D*. Bulion *C* zmętniał, bulion *D* pozostał przezroczysty.

6) Do bulionu *A* z kawałkiem gruczołu krezkowego królika, wynoszącym około $^1/_3$ cm³; do bulionu *B* z kawałkiem gruczołu krezkowego świnki morkiej, wynoszącym około $^1/_8$ cm; do bulionu *C* z kawałkiem śledziony świnki morskiej, wynoszącym około $^1/_4$ cm³ i do bulionu *D* z kawałkiem nerki świnki morskiej, wynoszącym około $^1/_2$ cm, zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej laseczników tężca. Zanim buliony z kawałkami narządów zaszczepiłem laseczníkami tężcowymi, trzymałem je w cieplarce 6 dni, podczas których buliony pozostały zupełnie przezroczyste, lecz po zaszczepieniu ich laseczníkami tężcowymi zmętniały. Ze wszystkich czterech bulionów przeszczepiłem po kilka oczek do czterech bulionów zwykłych. Buliony pod parafiną zmętniały, buliony zwykłe pozostały przeźroczyste.

II. Doświadczenia z laseczníkami szelestnicy.

1) Do bulionu jałowego z kawałkiem serca świnki morskiej, wynoszącym około $^1/_2$ cm³, po uprzednim trzymaniu go w cieplarce przez dwa dni, zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. Bulion zmętniał tylko na dnie probówki. Po skłóceniu go przeszczepiłem zeń: do bulionu zwykłego, na agar zwykły skośny, do głębokiego agaru cukrowego i do bulionu pod parafinę. W agarze głębokim i w bulionie pod parafiną pojawiły się hodowle laseczników szelestnicy; natomiast w bulionie zwykłym i na agarze skośnym nic nie wyrosło.

2) Do bulionu z kawałkiem (około $^1/_2$ cm³.) nerki i do bulionu z takiejże wielkości kawałkiem płuc świnki morskiej po dwudniowem ich trzymaniu w cieplarce zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. Bulion z nerką w dolnej warstwie mętny, w górnej przeźroczysty. Bulion z płuc zmętniał równomiernie. Badanie mikroskopowe wykazało w obydwu bulionach obecność laseczników szelestnicy. Z obydwu bulionów, po skłóceniu ich, przeszczepiłem do bulionów pod parafinę i do bulionów zwykłych. Buliony pod parafiną zmętniały, buliony zaś zwykłe nie.

3) Do jałowego bulionu z kawałkiem wątroby świnki morskiej, po trzydniowem trzymaniu go w cieplarce, zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. W bulionie tym laseczniki szelestnicy rozwinęły się. Po przeszczepieniu kilku oczek z bulionu z kawałkiem wątroby do bulionu i do bulionu pod parafinę, tylko w ostatniej pożywce rozwinęła się hodowla, gdy w pierwszej nic nie wyrosło.

4) Do bulionu jałowego, w którym przez trzy dni znajdował się był kawałek nerki świnki morskiej zaszczepiłem laseczniki szelestnicy. Bulion zmętniał. Przeszczepiłem zeń do bulionu zwykłego i do bulionu pod parafinę. Pierwszy bulion pozostał przeźroczysty, drugi zmętniał.

III. Doświadczenia z laseczníkami otrucia mięsnego.

1) Bulion z kawałkiem śledziony świnki morskiej przez dwa dni trzymałem w cieplarce, poczem zaszczepiłem doń *b. botulinus*. Bulion w dolnej warstwie zmętniał. Po skłóceniu go przeszczepiłem zeń po kilka oczek do bulionu zwykłego i do bulionu pod parafinę. Zmętniał tylko bulion pod parafiną. Badanie drobnowidowe wykazało *b. botulinus*.

2) Do bulionu z kawałkiem płuca świnki morskiej, który przez 7 dni trzymałem w cieplarcee, zaszczepiłem *b. botulinus*. Bulion zmętniał równomiernie wskutek pojawienia się w nim hodowli *b. botulinus*.

[2]) „Centralblatt für Bakteriologie" 1905. Bd. XXXVIII. H. 5.

3) Do bulionu z kawałkiem wątroby mysiej, który przez trzy dni trzymałem w cieplarce, zaszczepiłem *b. botulinus. B botulinus* rozwinął się w rzeczonym bulionie.

4) Bulion *A* z kawałkiem kości udowej świnki morskiej, wraz ze szpikiem, trzymałem w ciągu tygodnia w cieplarce, poczem kawałek kości ze szpikiem przeniosłem do świeżego bulionu *B*. Do obydwu bulionów zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej *b. botulini*. Ani w jednym, ani w drugim bulionie *b. botulinus* nie rozwinął się.

5) Do bulionu, w którym przez 3 dni znajdował się był kawałek wątroby świnki morskiej, zaszczepiłem *b botulinus*. Bulion przed zaszczepieniem doń laseczników otrucia mięsnego dokładnie skłóciłem. Mimo tego pojawiła się w nim hodowla *b. botulinus*.

6) Bulion *A* z kawałkiem śledziony świnki morskiej i bulion *α* z kawałkiem wątroby świnki morskiej trzymałem trzy dni w cieplarce, poczem kawałek śledziony przeniosłem do bulionu *B*, a kawałek wątroby do bulionu *β*. Po dwóch dniach znowuż przeniosłem rzeczony kawałek śledziony z bulionu *B* do bulionu *C*, a kawałek wątroby z bulionu *β* do bulionu *γ*, poczem do bulionu *C* zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej *b. botulini*. W bulionie *C* nie rozwinęła się hodowla *b botulini*: bulion pozostał przeźroczysty. Natomiast w bulionie *γ* otrzymałem hodowlę *b. botulini*.

7) Bulion *A* z kawałkiem nerki świnki morskiej trzymałem 3 dni w cieplarce, poczem kawałek nerki przeniosłem do bulionu *B*. Po dwóch dniach przeniosłem powtórnie kawałek nerki, a mianowicie z bulionu *B* do *C*. Skłóciwszy dokładnie bulion *B*, zaszczepiłem doń i do bulionu *C b. botulinus*. W obydwu bulionach otrzymałem hodowlę *b. botulini*.

IV. Doświadczenia z lasecznikiem obrzęku złośliwego.

1) Do dwóch bulionów z kawałkiem śledziony świnki morskiej, które to buliony uprzednio przez dwa dni trzymałem w cieplarce, zaszczepiłem laseczniki obrzęku złośliwego. W zaszczepionych bulionach pojawiła się hodowla zaszczepionych beztlenowców.

2) Do bulionu, do którego przed trzema dniami włożyłem kawałek nerki mysiej, zaszczepiłem laseczniki obrzęku złośliwego. I w tym bulionie otrzymałem hodowlę zaszczepionych mikrobów.

3) Do dwóch bulionów zaszczepiłem po 3 oczka hodowli bulionowej laseczników obrzęku złośliwego. W jednym z tych bulionów znajdował się przez trzy dni kawałek wątroby króliczej, a w drugim kawałek takiego samego narządu przez 7 dni. Przed zaszczepieniem laseczników obrzęku złośliwego kawałki narządów z bulionów wyjąłem, a same buliony mocno skłóciłem. W obydwóch bulionach otrzymałem hodowle zaszczepionych mikrobów.

Z powyższych doświadczeń wynika, iż w zwykłym bulionie można hodować tak zwane bezwzględne beztlenowce, jeśli w bulionie znajduje się nie nazbyt mały kawałek narządu zwierzęcego. Bezwzględne beztlenowce rosną również w bulionie, w którym uprzednio przez pewien czas znajdował się kawałek narządu, i rosną nawet wtedy, gdy bulion po wyjęciu kawałka narządu, a przed zaszczepieniem beztlenowców, skłóci się silnie z powietrzem.

A więc niezmiernej wagi pod względem naukowym badania Tarozziego zostały potwierdzone powyżej przytoczonemi doświadczeniami. Odkrywa się teraz nader zajmujące pole badań nad warunkami hodowli „beztlenowców“ w obecności powietrza, a więc i tlenu. Do klasycznych badań Pasteura, Nenckiego, Lachowicza, Beijerincka i innych nad warunkami życia bezwzględnych beztlenowców, przybywa teraz praca Tarozziego, rzucająca na całą tę sprawę trochę nowego światła.

Dodać jednak należy, iż już przed Tarozzim Kitt oraz Kedrowski wykazali, iż tak zwane bezwzględne beztlenowce hodować można w dostępie powietrza na pożywkach, na których poprzednio hodowane były niektóre gatunki tlenowców. Ale metoda Tarozziego pod względem łatwości hodowania beztlenowców w pożywkach z dostępem powietrza o wiele przewyższa metodę Kitta i Kedrowskiego, a przeto niesłychanie ułatwić może dalsze w tej sprawie badania.

II. Nabłoniak złośliwy kosmówki (*chorionepithelioma malignum*) w świetle nowszych badań.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

(Podług wykładu habilitacyjnego, wygłoszonego w d. 12 grudnia 1904.)

(Dokończenie).

Pod względem budowy histologicznej nabłoniak kosmówki i w tego rodzaju przypadkach nie różni się niczem od utkania tego nowotworu w przypadkach zwykłych; jeden tylko szczegół zasługuje tutaj na uwagę, a mianowicie, że rozwój tego nowotworu poza miejscem przyczepu łożyska wywołuje w błonie śluzowej macicy podobne przeobrażenia, jak to ma miejsce w przypadkach ciąży pozamacicznej: błona śluzowa macicy przybiera wejrzenie doczesnej. Klinicznie przypadki te są bardzo ważne z tego względu, że łatwo dać mogą powód do pomyłek rozpoznawczych, a wczesne rozpoznanie tutaj jest bardzo pożądane, gdyż w kilku z pomiędzy dotychczas ogłoszonych przypadków wczesne rozpoznanie i rychłe usunięcie guza w pochwie pozwoliło nietylko uratować chorą od pewnej śmierci, lecz nawet dało możność zachować jej zdolność do dalszego płodzenia. Bądź co bądź z rokowaniem w tego rodzaju przypadkach należy być jeszcze ostrożniejszym niż w przypadkach zwykłych, gdyż zawsze liczyć się należy z możliwością nawrotu cierpienia, powstania przerzutów, a nawet rozwoju nowotworu w jakimś innym narządzie.

Wobec tego, że, jak to wyjaśniliśmy wyżej, punktu wyjścia nabłoniaka kosmówki szukać zawsze należy w elementach błon płodowych, zdawałoby się, że winien on być wyłącznym przywilejem kobiet i to tylko takich, które przechodziły ciążę, prawidłową lub nieprawidłową. W rzeczywistości jednak spotkać się możemy z tym nowotworem także u dziewic, a nawet, co wydaje się już wprost paradoksalnem, również i u mężczyzn. Pierwsze tego rodzaju spostrzeżenia datują się w piśmiennictwie już od roku 1878, w którym to czasie Malassez i Monod opisali pod nazwą „sarcome angioplastique“ nowotwór jądra u 27-letniego mężczyzny; nowotwór ten zwrócił ich uwagę ze względu na swą niezwykłą budowę; oczywiście jednak w tych czasach nie mogło jeszcze być mowy o należytem wytłómaczeniu pochodzenia, a nawet rodzaju tego nowotworu. To też dopiero w roku 1902 Schlagenhaufer, a prawie jednocześnie z nim i niezależnie odeń Własow zwrócili uwagę, że u mężczyzn w t. zw. potworniakach (teratomata), zwłaszcza jąder, ogniskowo występować może utkanie o budowie, niczem się nie różniącej od budowy nabłoniaka złośliwego kosmówki; w przerzutach zaś tych guzów niejednokrotnie spotyka się wyłącznie lub prawie wyłącznie utkanie nabłoniaka

kosmówki. Jednocześnie ci autorowie na podstawie dawniejszego piśmiennictwa i na podstawie ponownego zbadania okazów muzealnych guzów jąder zdołali wykazać, że tego rodzaju nowotwory nie należą nawet do wielkich rzadkości, co zresztą wkrótce potwierdziły spostrzeżenia Schmorla, Steinhausa i innych. Wśród wszystkich tych spostrzeżeń wyjątkowe wprost stanowisko zajmuje przypadek Bostroema: autor ten znalazł w mózgu 28-letniego mężczyzny guz nowotworowy o utkaniu nabłoniaka kosmówki, obok tego zaś liczne o podobnem utkaniu guzy w gruczołach pozaotrzewnych, płucach, nerkach i wątrobie; nowotworu w jądrach w tym przypadku sekcya nie wykazała.

Nabłoniak kosmówki u kobiet, które nigdy z wszelką pewnością nie były w ciąży, dotychczas był bardzo rzadko spostrzegany. W dotyczącem piśmiennictwie, o ile mi wiadomo, istnieją dotychczas tylko 2 spostrzeżenia Lubarscha i Picka. Przypadek Lubarscha dotyczy 13-letniej dziewczynki, u której guz nowotworowy, jak się zdaje, wychodził z macicy; przypadek ten jest bardzo niedokładnie opisany i trudno zeń wyprowadzać jakieś ogólniejsze wnioski. Drugi przypadek opisał pokrótce Pick; w tym przypadku nabłoniak kosmówki znajdował się w jajniku 9-letniej dziewczynki, a wśród jego utkania spotykały się resztki utkania potworniaka w postaci n. p. nabłonka nerwowego. Do tej szczupłej liczby dotychczasowych spostrzeżeń pozwolę sobie dodać z własnego doświadczenia jeszcze jeden, dotychczas nieogłoszony drukiem przypadek, obserwowany klinicznie przez prof. Rosnera. W przypadku tym, dotyczącym 18-letniej virgo intacta, guz nowotworowy wielkości głowy dziecka zajmował lewy jajnik i po operacyjnem usunięciu został nadesłany do zbadania do tutejszego zakładu anatomii patologicznej prof. Browicza. Klinicznie przypuszczano nowotwór złośliwy; makroskopowem swem wejrzeniem (miękkie krwawe masy) guz ten odpowiadał rzeczywiście obrazowi nabłoniaka złośliwego kosmówki, wobec jednak braku tego rodzaju spostrzeżeń podobne przypuszczenie nie przychodziło nam zupełnie do głowy, zwłaszcza że pacyentka była virgo intacta; przypuszczaliśmy raczej wylew krwawy w obręb jakiejś torbieli jajnikowej lub guza nowotworowego; celem rozstrzygnięcia tych wątpliwości wykonałem badanie mikroskopowe wycinków z różnych miejsc i już przy badaniu pierwszych skrawków byłem niepomiernie zdumiony obecnością 2 rodzajów komórek, odpowiadających całkowicie komórkom Langhansa i syncytyalnym; komórki te były rozmieszczone wśród skrzepów włóknikowych, miejscami okazywały już cechy martwicze; wylewy krwi i skrzepy włóknikowe były bardzo obfite. Zarówno to badanie, jak i badanie całego dalszego szeregu wycinków z najrozmaitszych miejsc guza nowotworowego nie pozostawiało najmniejszej wątpliwości, że guz ten jest nabłoniakiem złośliwym kosmówki i to o utkaniu typowem. Dokładne zbadanie skrawków z kilkudziesięciu (około 30) wycinków z różnych miejsc nowotworu wykazywało wszędzie podobne utkanie; w szczególności nigdzie, mimo zwróconej w tym kierunku uwagi, nie znalazłem resztek utkania potworniakowatego. Mimo operacyi chora zmarła w 2 miesiące po operacyi, przyczem nastąpił nawrót nowotworu, jak to mogłem stwierdzić na podstawie badania mikroskopowego treści, wyciągniętej przez prof. Rosnera strzykawką z jamy brzusznej chorej. Badanie pośmiertne w tym przypadku niestety nie mogło być wykonane. (Przypadek ten, jako niezwykle ciekawy i zasługujący na dokładne omówienie, zostanie wkrótce ogłoszony drukiem).

Przytoczone powyżej spostrzeżenia stwierdzają dowodnie, że w gruczołach płciowych, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, które nigdy nie były w ciąży, spotykać się mogą również guzy, okazujące częściowo lub nawet wyłącznie utkanie nabłoniaka złośliwego kosmówki; o ile zaś to można wnosić z przypadku Bostroema, tego rodzaju guzy niezależne od ciąży, spotykać się mogą również i w innych narządach. Twierdzenie takie na pierwszy rzut oka wydaje się wprost paradoksalnem, w rzeczywistości jednak, jak to zobaczymy w dalszym ciągu, zjawisko to posiada tłómaczenie naukowe, a mianowicie pewne światło na tę ciekawą sprawę rzuca okoliczność, że w tych przypadkach utkanie nabłoniaka złośliwego kosmówki znajdujemy zwykle, choć nie wyłącznie, wśród innych różnego rodzaju tkanek w potworniakach. O tych więc nowotworach musimy tutaj wspomnieć choć w kilku słowach.

Przez potworniaki [6]) (teratomata) wogóle rozumiemy nowotwory o budowie bardzo złożonej, składające się, jak to wykazał Wilms, z pochodnych wszystkich 3 blaszek zarodkowych, t. j. ekto-, mezo-, i ento-dermy. Te nowotwory najczęściej występują w gruczołach płciowych — w jądrach i w jajnikach (gdzie zwykle noszą nazwę płodziaków — embryomata), jakkolwiek zdarzać się mogą również i w innych miejscach. Mimo licznych i wyczerpujących badań w tym kierunku (Bonnet, Marchand, Pfannenstiel, Wilms i t. d.) sprawa powstawania tych nowotworów dotychczas nie jest stanowczo rozstrzygniętą; prawie wszyscy jednak autorowie zgadzają się na to, że zawiązki tych nowotworów powstają w życiu płodowem w następstwie zaburzeń rozwojowych i że we wszystkich przypadkach potworniaki rozwijają się z komórki jajowej lub też z komórki równowartościowej z jajem, gdyż tylko takie komórki są w stanie dać początek guzowi, złożonemu z pochodnych wszystkich 3 blaszek zarodkowych. Bez względu więc na to, czy komórką tą będzie rozwijające się partenogenetycznie jaje, czy też oddzielona z organicznego związku z innemi blastomera, czy wreszcie zapłodnione przez plemnik ciałko kierunkowe, jak to twierdzą niektórzy autorowie, bez względu na to wszystko stwierdzić należy, że potworniaki rozwijać się mogą tylko z komórek, pochodzących z bardzo wczesnych okresów rozwojowych, gdyż komórka już zróżniona nie jest w stanie dać początku pochodnym wszystkich 3 blaszek zarodkowych. Wogóle tworzenie się potworniaków przypomina do pewnego stopnia rozwój płodu, lecz rozwój nieprawidłowy. Z drugiej strony wiemy, że kosmówka jest wytworem płodu, że jej nabłonek nie jest niczem innem, jak przeobrażoną w pewien sposób ektodermą płodu. Skoro więc w rozwoju płodu z jego ektodermy wytwarza się nabłonek kosmówki, to już teoretycznie należałoby przypuszczać, że rozwijająca się w potworniaku ektoderma, dająca w tych guzach niejednokrotnie początek całym narządom nabłonkowym, również posiadać musi własność wytwarzania nabłonka, zupełnie analogicznego z nabłonkiem kosmówki. I rzeczy-

[6]) Niektórzy autorowie pod nazwą potworniaków rozumieją wogóle nowotwory o złożonej budowie powstające na tle zaburzeń w rozwoju płodu i składające się z pochodnych nietylko wszystkich trzech, lecz również dwóch, a nawet jednej blaszki zarodkowej.

wiście dotychczasowe badania potwierdzają to teoretyczne rozumowanie. Własow w jednym z badanych przez siebie przypadków stwierdził w potworniaku jądra bezpośrednie przejście nabłonka ektodermalnego w komórki Langhansa i w syncytyum; Pick widział bezpośrednie przejście nabłonka kosmkowego w nabłonek nerwowy i t. d. Pick, Steinert, Schlagenhaufer sądzą, że w potworniakach mogą wytwarzać się nawet szczątkowe błony płodowe, które niekiedy dać mogą powód do powstania tworów, analogicznych z zaśniadem groniastym, inni autorowie (Saxer, Pfannenstiel, Krömer) starali się nawet wykazać w potworniakach obecność nietylko szczątkowej kosmówki, lecz nawet i owodni. Przeciwnie Risel i jego zwolennicy obecności choćby szczątkowych błon płodowych w potworniakach nie uważają za dowiedzioną i sądzą, że utkanie nabłoniaka kosmówki w potworniakach rozwija się nie ze szczątkowych błon płodowych, lecz wprost z ektodermy, podobnie jak i inne twory nabłonkowe w tym nowotworze. Dalsze badania winny wykazać, czy rzeczywiście w potworniakach rozwijają się szczątkowe błony płodowe, lub nie; od ostatecznego wyniku tych badań zależeć będzie, czy będziemy mogli uznać nabłoniaki kosmówki w potworniakach za zupełnie równorzędne genetycznie ze zwykłymi nabłoniakami kosmówki, czy też tylko za bardzo do nich zbliżone Bądź co bądź już teraz możemy stanowczo stwierdzić, że jeśli nawet nabłoniaki kosmówki w potworniakach nie rozwijają się wprost z nabłonków samejże kosmówki (szczątkowej), to w każdym razie powstają z tychże samych nabłonków (z ektodermy), które dają również początek nabłonkom kosmków łożyskowych, a więc i genetycznie ścisłej różnicy między zwykłymi nabłoniakami kosmówki a nabłoniakami kosmówki w potworniakach przeprowadzić nie jesteśmy w stanie. W każdym razie przytoczone powyżej szczegóły tłómaczą nam dostatecznie istnienie w potworniakach nabłoniaków kosmówki u kobiet, które nigdy nie były w ciąży i u mężczyzn. Zarówno u mężczyzn, jak i u dziewcząt wcale często, zwłaszcza w gruczołach płciowych, spotkać możemy t. zw. potworniaki (teratomata) tworzenie się potworniaka jest niejako powtórzeniem skażonej, w niewłaściwem miejscu usadowionej, nieprawidłowo się rozwijającej ciąży; zawiązki potworniaka do pewnego stopnia odpowiadają rozwijającemu się zapłodnionemu jaju; podobnie jak zapłodnione jajo, tak i zawiązek potworniaka dawać może początek pochodnym wszystkich 3 blaszek zarodkowych, a więc wytwarzać się mogą również i komórki analogiczne do nabłonka kosmków łożyskowych, te zaś komórki są głównymi zasadniczymi składnikami nabłoniaka złośliwego kosmówki.

Jakże jednak wytłómaczyć tego rodzaju przypadki nabłoniaków kosmówki u dziewic i u mężczyzn, gdzie nawet najdokładniejsze badanie nie wykazuje resztek utkania potworniakowatego? Mimowoli nasuwa się tutaj następujące tłómaczenie: rozrastające się w pewnym narządzie nowotwory złośliwe wogóle, a więc i nabłoniaki kosmówki niszczą właściwe tkanki tego narządu, rozrastając się i zajmując ich miejsce; podobnie więc okazujący wybitne cechy złośliwości nabłoniak kosmówki rozrastać się może na miejscu innych składników potworniaka i powoli wyprzeć je nawet całkowicie, zwłaszcza że te inne składniki zwykle rozrastają się tylko bardzo powoli. Za takiem tłómaczeniem przemawiałaby również i okoliczność, że w gruczołach płciowych, zwłaszcza u kobiet, spotyka się niejednokrotnie guzy nowotworowe, posiadające wyłącznie utkanie pewnego tylko narządu; tak n. p. znane są dość liczne przypadki, gdzie w skład nowotworu jajnika wchodziło wyłącznie utkanie gruczołu tarczowego (przypadki Polano, Picka, Walthardа, Tavela i inn.). Tego rodzaju przypadki zgodnie z Pickiem należałoby tłómaczyć tem, że w pierwotnym potworniaku ponad wszystkiemi innemi tkankami wzięła przewagę tkanka gruczołu tarczowego; tem łatwiej więc ponad innemi tkankami w potworniaku wziąć może przewagę nabłoniak kosmówki. Zresztą całą tą sprawą dokładniej się zajmiemy wspólnie z prof. Rosnerem w mającej ukazać się w druku pracy z opisem wyżej wspomnianego przypadku nabłoniaka złośliwego kosmówki u 18-letniej virgo intacta.

Na zakończenie choć pokrótce wspomnieć musimy o etyologii nabłoniaka złośliwego kosmówki. Wobec tego, że nowotwór ten bardzo pospolicie rozwija się w ślad za zaśniadem groniastym i wobec tego, że w zaśniadzie groniastym podobnie, jak w nabłoniaku kosmówki, mamy również do czynienia z bujaniem nabłonka kosmków, mimowoli nasuwała się myśl, że obydwie te sprawy pozostają ze sobą w ścisłym związku. To też cały szereg autorów, dążąc do wyjaśnienia etyologii nabłoniaka kosmówki, zajął się przedewszystkiem dokładniejszem zbadaniem i wyjaśnieniem pochodzenia zaśniadu groniastego, w szczególności zaś wyjaśnieniem przyczyny nadmiernego bujania nabłonka kosmówki w tych przypadkach. W tej sprawie prawie jednocześnie i niezależnie od siebie Marchand w Niemczech, Durante we Fancyi i Rosner w Polsce (wszyscy trzej w roku 1898) wygłosili zapatrywanie, iż przyczyną bujania nabłonka kosmkowego w przypadkach zaśniadu groniastego (według Rosnera także i w przypadkach zatrzymania jaja po śmierci płodu) jest nadmierne odżywianie tego nabłonka przez krew matczyną po obumarciu płodu. Wiadomo, iż w warunkach normalnych odżywianie płodu odbywa się za pośrednictwem łożyska: do kosmków łożyskowych zostaje doprowadzoną zużyta, obfitująca w bezwodnik kwasu węglowego i przetwory wymiany materyi krew płodu i tutaj odświeża się, pozbywa się bezwodnika kwasu węglowego, nabiera tlenu i materyałów odżywczych z krwi matczynej, od której oddzielona jest tylko cienką przegrodą, składającą się w przeważnej części z nabłonka kosmkowego. Oczywiście w tych warunkach nabłonek kosmkowy musi pośredniczyć w wymianie gazów i materyałów odżywczych pomiędzy krwią płodu, a krwią matczyną, wobec czego przyjąć należy, iż nabłonek ten wchłania w siebie potrzebne składniki z krwi matczynej, oddając je następnie krwi płodowej, a zatrzymując dla swego odżywienia tylko bardzo nieznaczną część. Z tych względów ustanie krążenia płodowego nietylko nie podkopuje bytu nabłonka kosmkowego, lecz przeciwnie stawia go w niezwykle korzystnych warunkach: nie potrzebując już oddawać krwi płodowej tlenu i materyałów odżywczych, pobranych z krwi matczynej, nabłonek kosmków może je zużywać wyłącznie na własne potrzeby, co wskutek nadmiernego odżywienia powodować musi w dalszym ciągu bujny rozrost tego nabłonka. To rozumowanie rzeczywiście jest w stanie wyjaśnić nam bujanie wogóle nabłonka kosmków, nie tłómaczy nam jednakże jeszcze jego bujania nowotworowego. To też przeważna ilość autorów prócz tego nadmiernego odżywienia nabłonka kosmkowego przyjmuje je-

szcze inne czynniki dla wyjaśnienia etyologii nabłoniaka złośliwego kosmówki; tak n. p. Rosner sądzi, że ważną rolę odgrywać tutaj może zanik doczesnej po przerwaniu ciąży: w normalnych warunkach nabłonki kosmkowe są odgraniczone od właściwych tkanek matczynych warstwą młodej komórkowej tkanki łącznej, należącej do doczesnej; gdy z powodu zaniku doczesnej po przerwaniu ciąży tkanka ta, ulegając dalszym przeobrażeniom, utraca swą pierwotną wielką energię życiową, nie może ona już stanowić zapory do nadmiernego rozrostu i być może nawet nowotworowego bujania nabłonka kosmkowego, zwłaszcza że ten ostatni obecnie jest bardzo obficie odżywiany. Niestety jednakże przytoczone powyżej zapatrywania, jakkolwiek najbardziej uzasadnione, nie są jeszcze w stanie wyjaśnić nam dostatecznie sprawy powstawania nabłoniaka złośliwego kosmówki, już choćby z tego względu, że w takim razie nabłoniaki kosmówki musiałyby być zjawiskiem znacznie częstszem, niż to ma miejsce w rzeczywistości.

Pewne światło na sprawę powstawania zaśniadu groniastego, a stąd i nabłoniaka złośliwego kosmówki rzucają również doświadczalne badania Fraenkla nad znaczeniem ciałka żółtego w jajnikach, ogłoszone przed niespełna 2 laty. Zgodnie z Bornem Fraenkel sądzi, iż ciałko żółte (corpus luteum) w jajniku posiada własności gruczołu bez przewodu wyprowadzającego i że wydzielina tego gruczołu ma wpływ na przyklejanie się i na dalszy rozwój zapłodnionego jaja. W przypadkach zaśniadu groniastego, jak to stwierdził Fraenkel już przed 10 laty, a co potwierdził również cały szereg innych autorów (Marchand, Baumgart, Kreutzmann, Poten i t. d.), bardzo pospolicie zdarzają się w jajnikach guzy torbielowate; otóż zdaniem Fraenkla te guzy torbielowate, wywierając ucisk na ciałko żółte w jajniku, upośledzają jego czynność, co odbić się musi na jaju płodowem, powodując jego schorzenie i przekształcanie się w zaśniad groniasty. W przeciwstawieniu do Fraenkla Gottschalk na przedostatnim Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników we Wrocławiu sądzi, że torbielowate zwyrodnienie jajników nie jest przyczyną, lecz następstwem zaśniadu groniastego, a właściwie zaburzeń w krążeniu jajnikowem, wywołanych przez zaśniad groniasty. Sam zaś zaśniad groniasty ma być następstwem zaburzeń w krążeniu łożyskowem. Za takiem tłómaczeniem przemawiać się zdają rzeczywiście doświadczenia Aichela.

Autor ten wywierając ucisk mechaniczny na łożysko u ciężarnych suk i powodując w ten sposób zaburzenia w krążeniu łożyskowem, zdołał wywołać u tych zwierząt powstawanie tworów, zupełnie podobnych do zaśniadu groniastego u ludzi.

Istnieje również cały szereg innych zapatrywań, starających się wyjaśnić pochodzenie już to zaśniadu groniastego, już też nawet wprost nabłoniaka złośliwego kosmówki. A. Pick n. p. sądzi, iż po obumarciu jaja płodowego jego energia życiowa (bioplastische Energie) zostaje przeniesioną na składniki kosmówki, które, rozrastając się dalej, dają początek zaśniadowi groniastemu lub nabłoniakowi złośliwemu kosmówki. Według Kworostanskyego przyczyny bujania nabłonka kosmkowego szukać należy w zmienionym składzie krwi matki i w wynikającem stąd niedostatecznem odżywieniu łożyska. Mac Kenna widzi przyczynę nowotworowego rozrostu nabłonka kosmków w działaniu jakiegoś bliżej nieznanego jadu, czy toksyny, na ten nabłonek. Nie brak również i teoryi, które starały się, bezskutecznie zresztą, wyjaśnić pochodzenie nabłoniaka złośliwego kosmówki działaniem pasorzytów i t. d.

Ta mnogość teoryi, które przeważnie wzajemnie się zbijają, a z których żadna nie tłómaczy nam dostatecznie sprawy powstawania tego ciekawego nowotworu, nie pozwala nam zająć się dokładniejszem ich omawianiem. Zresztą już sama ta mnogość tych teoryi najlepiej świadczy, że w sprawie etyologii nabłoniaka złośliwego kosmówki nauka dotychczas nie wypowiedziała swego ostatniego słowa; być może, że przedsięwzięte w ostatnich latach badania nad cytotoksynami łożyskowemi, badania wpływu ich na składniki łożyska w warunkach normalnych i chorobowych rzucą nieco więcej światła na tę ciemną dotychczas sprawę.

III. Wyciągi.

CHIRURGIA. Hoenicke. **Istota choroby Basedowa i operacyjne jej leczenie.** (*Deut.med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Na posiedzeniu Towarz. lekar. w Gryfii miał autor odczyt o tym przedmiocie. W doświadczeniach na zwierzętach udało mu się wywołać sztucznie u królików przez karmienie gruczołem tarczykowym objawy choroby Basedowa; uważa też ją jako nadmierne wytwarzanie się wydzieliny gruczołu tarczykowego. Dotychczasowe wyniki operacyjne w tej chorobie zachęcają bardzo do usuwania wola, a raczej gruczołu tarczykowego. Powinno się usuwać nawet nie bardzo duży gruczoł tak, aby pozostało około 20,0 gramów tkanki, t. j. tyle, ile mniej więcej posiada osobnik prawidłowy. Wole w chorobie Basedowa jest zwykle miąższowe. W dyskusyi Friedrich poleca również gorąco operacyjne leczenie choroby Basedowa, a to na mocy swoich licznych przypadków. Poprawę spostrzegał prawie zawsze; gałki oczne w przeciągu kilku dni wsuwały się do wewnątrz. Minkowski wspomina o kobiecie 36-letniej, u której choroba Basedowa przeszła w obrzęk śluzakowy; zaczęto podawać tyreoidynę i choroba Basedowa, a raczej jej objawy wróciły. Przy usuwaniu gruczołu trzeba to mieć na względzie, że nie wszystkie jego części funkcyonują równomiernie, szczególnie w stanie chorobowym; tak n. p. ciałka nabłonkowe (gruczołki przytarczowe) mają związek zdaje się z tężyczką. Nie ulega jednak wątpliwości, że zaburzenia w gruczole tarczykowym są pierwszą zmianą w chorobie Basedowa.

Dr. A. Klęsk.

Friedrich. **O wpływie operacyi na mózg chorych na padaczkę.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). Doświadczenia autora opierają się na 11 przypadkach, operowanych w latach 1899—1901. Roztrząsa on przypadki operowane dawniej, a to dlatego, by można już coś o skuteczności operacyi mówić; świeże bowiem wyniki operacyjne nie mają wartości. Autor upatruje siedlisko padaczki jedynie w korze mózgowej i zupełnie zgadza się z Kocherem, że często w padaczce spotkać można wzmożone ciśnienie mózgowe. W tej myśli też Kocher polecił wytwarzanie kilku otworów trepanacyjnych, wycięcie napiętej opony twardej, a nawet sączkowanie komory bocznej. W sposób ten radzi Kocher operować ciężkie stany padaczkowe, w których tła urazowego wykazać nie można. Za miejsce, w którem operować należy, uznał Kocher prawą okolicę czołowo-skroniową. Friedrich operował też w ten sam sposób z wyjątkiem sączkowania komory, którego nigdy nie robi. Z wyników jest zupełnie zadowolony. Często po ogoleniu głowy spotyka się blizny; pochodzą one jednak nieraz od urazów, które chory zadaje sobie wśród napadu i związku przyczynowego z padaczką nie mają. Tak zwany powiew padaczkowy (aura) nie może być dla nas wskaźnikiem do wyboru miejsca wiercenia czaszki; zmienia się on bowiem nieraz z czasem, przechodząc na różne okolice ciała. Kość czasowo usuwa autor na przestrzeni 20—48 ctm.², oponę twardą usuwa na przestrzeni 9—33 ctm.². Ciśnienie w czaszce spotykał autor przeciętnie 11 mm. Hg. Po operacyi podaje jeszcze tygodniami brom. W 3 przypadkach osiągnął autor zupełne wyleczenie i podniesienie upadłej inteligencyi. *Dr. A. Klęsk.*

Ritter. **Przyczyna obumierania tkanki rakowej.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). Oddawna już zadawano sobie pytanie, dlaczego tkanka rakowa, niszcząca z taką siłą zdrowo części ustroju, rozrastająca się tak szybko i doprowadzająca ustrój

do śmierci, rozpada się też sama równocześnie i obumiera. Obumieranie to występuje zawsze w środku ognisk nowotworowych, na granicy zaś między tkanką żyjącą a obumierającą nie spotykamy zupełnie nacieku drobnokomórkowego. Głównie 3 rodzaje przyczyn podawano za powód obumierania raka: 1) wpływy zewnętrzne; 2) wpływy, powstałe przez rozrastanie się samego raka; 3) wpływy samego ustroju. I tak n. p. jedni upatrywali przyczyny obumierania tkanki rakowej w za szybkiem rozwijaniu się komórek nowotworowych; inni w ucisku naczyń krwionośnych przez rosnące masy rakowe; inni w zakażeniu drobnoustrojami ropnymi i t. d. Przyczyny te nie tłómaczą i tłómaczyć nie mogą obumierania: tak samo bowiem wystąpićby ono musiało w tkankach potworniaków i płodów, mających podobne warunki rozwoju, jak rak. Przechodząc do innych przyczyn, roztrząsa autor zapatrywanie Hansemanna o nieodpowiedniem odżywieniu tkanki rakowej, dalej zdanie, tłómaczące obumieranie zmianami w ścianach naczyniowych. (Zapalenie błon wewnętrznych tętnic i żył). Obumieranie tłómaczono sobie też tworzeniem się zawałów w tkance rakowej i krwotokami do jej miąższu. Najprawdopodobniejszem jest jednak, że rak jest przewlekłą chorobą ustroju i może być tylko porównywanym z przewlekłemi zakażeniami, jak kiła, gruźlica. O ile naciek drobnokomórkowy jest ostrem oddziaływaniem ustroju na różne działające nań przyczyny, o tyle rakową tkankę należy uważać za oddziaływanie przewlekłe. Obumieranie w tkance rakowej przypomina zupełnie obumieranie tkanki w gruźlicy i kile, bo występuje zawsze w środku schorzałej tkanki, otoczone jest wałem tkanki zapalnej, która przechodzi wprost w tkankę obumierającą, w której nie spotyka się tłuszczu, natomiast często złogi wapniowe. Raka uważać też należy za skutek, za odczyn ustroju na jakiś zakażenie, podobnie jak gruzełek lub kilak. *Dr. A. Kłęsk.*

Oehlecker. **Wyniki krwawego i bezkrwawego leczenia złamań rzepki.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). W oddziale Körtego leczono 70 przypadków złamań rzepki (61 mężczyzn i 9 kobiet). Najczęściej wydarzają się złamania poprzeczne linijne lub z bocznemi szczelinami. Przy bezpośredniem uderzeniu pęka tylko rzepka i dopiero przy próbach powstania lub ruchach w kolanie pękają i pomocnicze więzadła boczne, co sprawia, że rozstęp odłamków wtedy jest znaczny. Prócz złamania przez bezpośredni uraz spotyka się nieraz rozerwanie rzepki, powstałe przez nagłe silne zadziałanie mięśnia czworogłowego przy usiłowaniu utrzymania się na nogach podczas upadaniu w tył. Wtedy nieraz zdarzają się złamania obustronne. Jeżeli chory ma jedną kończynę krótszą, lub należycie władać nią nie może, doznaje przy upadku zwykle złamania rzepki nogi zdrowej. Złamania, powstałe nie wprost, są z zasady poprzeczne. Przy operacyi spotyka się zawsze wparte (interponowane) części miękkie, co sprawia zarazem, że złamania leczone niekrwawo, mięsieniem, przyrządami lub szwem podskórnym nie dają zawsze dobrego wyniku, bo często powstaje rozstęp i zgojenie tkanko-łącznowe. I tak z 70 przypadków 24 wyleczono bezkrwawo. Wyniki wprawdzie co do funkcyi kolana dość były dobre, jednak przypadki te już z góry uznano za najlżejsze (z małym rozstępem); 11 leczono szwem podskórnym (głównie Barkera i Heusnera): wyniki były mniej pomyślne. Natomiast 35 razy operowano krwawo z bardzo dobrym wynikiem, mimo że złamania były ciężkie. U Körtego operują 2—5 dnia. Szew zakładają przez kość, w środku srebrny, po bokach 2 powierzchowne katgutowe. Potem stosuje się szyna 10 dni i zaraz ruchy i mięsienie. Po 3 tygodniach ćwiczenia ortopedyczne (chodzenie po schodach). Czas leczenia (przy operacyi krwawej) 40—50 dni. Zdaniem autora w przypadkach cięższych, przy dużym rozstępie odłamków, szew krwawy jest obecnie operacyą jedynie wskazaną, daje bowiem dobre wyniki, stawia chorych prędko na nogi, wracając im ruchy kolana i zdolność do pracy, chroniąc równocześnie (przez zrost kostny) od złamań i rozerwań powtórnych. *Dr. A. Kłęsk.*

Thiem. **O jakości wyników przy krwawem i bezkrwawem leczeniu podskórnych poprzecznych złamań rzepki.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 77, Z. 3, 1905). Dawniej sądzono, że złamana rzepka kostnie nigdy połączyć się nie może tak, że nawet Pibrac ofiarowywał 100 luidorów temu, któryby mu taki przypadek pokazał. Przyczyny szukać należy w tem, że dawniejsze sposoby leczenia nie były wystarczające. Mimo zrostu ścięgnistego mogą następowo chorzy nawet chodzić po schodach, a przyczyny tego szukać należy w tem, że rzepka nie jest jedyną drogą, którą przebiega ścięgno mięśnia czworogłowego; prócz niej bowiem są jeszcze boczne narządy pomocnicze i zaraz po złamaniu chorzy czasem mogą chodzić i nawet wykonywać ruchy w kolanie. Metody dawniejsze (różne opaski, klamry, plastry) powinny być już zaniechane. Podobnie podskórne zakładanie szwu (drut, katgut) nie daje bardzo zachęcających wyników, jest metodą równie wielką, jak szew otwarty, a pewności dobrego zrostu nie daje, nie jesteśmy bowiem w możności usunąć z pomiędzy odłamków wtłoczonych (interponowanych) części miękkich. Każdego chorego poleca autor badać po złamaniu w kierunku zdolności ruchów w kolanie; w razie bowiem, gdy ona istnieje, rokowanie co do zdolności do pracy znacznie będzie lepsze. Gdy tej ruchomości nie ma, lub gdy odłamki bardzo są rozsunięte od siebie, radzi autor bezwarunkowo założyć krwawy szew. Wobec aseptyki operacya ta jest niewinną; odsetek śmiertelności wynosi zaledwo 1 prc., podczas gdy przy niekrwawej metodzie wynosi 3 prc. Leczenie niekrwawe daje prawie zawsze zrost ścięgnisty, co nawet w razie dobrej funkcyi usposabia bardzo do rozerwania powtórnego. Tak n. p. na 223 przypadków, gdzie rzepki nie zszywano, zrost pękł znowu u 15 chorych. Leczenie operacyjne daje 26 prc. zupełnych wyleczeń; leczenie niekrwawe zaledwie 9 prc. Ponad to leczenie operacyjne jest znacznie krótsze i stawia chorego prędzej na nogi. *Dr. A. Kłęsk.*

Riedel. **O cięciu zygzakowatem przy operacyi wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 37, 1905). Dążenie ze wszystkich stron do coraz wcześniejszego operowania zapalenia wyrostka robaczkowego powinno wywołać ze strony operatorów także obowiązek pouczania domowych lekarzy o wielkich i szybkich nieraz zmianach w wyrostku, a najlepszym do tego środkiem jest zapraszanie lekarza ordynującego do asystowania przy operacyi. Już publiczność powoli nabiera zaufania do tej operacyi, widząc jak wiele osób przez operacyę wraca zupełnie do zdrowia. Staraniem chirurgów powinno być jednak, by udoskonalać technikę operacyi na każdym kroku i starać się unikać nieprzyjemnych następstw, psujących wiarę w skuteczność zabiegu. Przedewszystkiem ma autor na myśli wybór cięcia. Cięcie idealne wogóle w chirurgii powinno odpowiadać następującym warunkom: 1) Przebiegać wzdłuż włókien mięsnych; 2) nie przecinać większych nerwów; 3) dawać dobry dostęp w głąb; 4) pozwalać następowo dobrze ranę sączkować. Tym wymaganiom odpowiada zdaje się tak zwane cięcie zygzakowate, którem obecnie jedynie tylko wykonywa autor operacyę na wyrostku. Polega ono na następujących szczegółach: robi się cięcie skórne $1\frac{1}{2}$ cm. powyżej więzu Pouparta, przecina się mięsień skośny zewnętrzny i jego ścięgniste rozpięcie w kierunku przebiegu włókien, a więc nie w kierunku cięcia skórnego, lecz zbliżając się do więzu Pouparta i do spojenia łonowego. Po odłuszczeniu powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego aż do mięśnia prostego, przecina się w przebiegu włókien mięsień skośny wewnętrzny, rozchyla się, a w końcu również tak samo przecina mięsień poprzeczny. Przecięcie mięśnia skośnego wewnętrznego powinno się robić 1 cm. powyżej więzu, by nie zranić nerwu biodrowo-podbrzusznego i biodrowo-pachwinowego. Szew odbywa się tak samo w odwrotnym porządku, a więc otrzewna, powięź, oba tylne mięśnie, dalej mięsień skośny zewnętrzny, a w końcu skóra. Autor zakłada zawsze duży opatrunek (spica coxae) nie z innego powodu, jak tylko by choremu dać pewność siebie przy kaszlu lub wymiotach. Chorzy leżą po operacyi 3 tygodnie, potem dostają lekką opaskę brzuszną. W ten sposób wytworzenie się następowej przepukliny jest wykluczonem w zupełności. *Dr. A. Kłęsk.*

PEDYATRYA. Flesch i Schlossberger. **Zmiany „neutrofilnego obrazu krwi“ w chorobach zakaźnych.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, wrzesień 1905). Arneth wystąpił w roku 1904 z zapatrywaniem, że przy badaniach hematologicznych należy zważać nietylko na liczbę ciałek białych i stosunek głównych ich odmian, znanych z badań Ehrlicha, ale także specyalnie na zachowanie się ciałek neutrofilnych, a mianowicie na jakość ich jądra. Odróżnia on ciałka neutrofilne jednojądrzaste (3 poddziały: myelocyty, ciałka o jądrze płytko- i głębokozatokowem), dwu- trój- czteropięcio- i więcej jądrzaste. Dwu- i trójjądrzaste w krwi prawidłowej przeważają znacznie nad innemi. W chorobach zakaźnych następuje według Arnetha przesunięcie obrazu ku stronie lewej, t. j. znikają, lub stają się skąpe ciałka liczniej jądrzaste, występują zaś liczniej jedno- i dwujądrzaste: „anizoleukocytoza“, i to tak w przypadkach podwyższonej liczby ciałek białych (leukocytozy, u Arnetha hiperleukocytozy), jak i prawidłowej („normoleukocytozy“) i zmniejszonej (leukopenii, „hipoleukocytozy“). Względnie do tych trzech możliwości mówi Arneth o anizonormocytozie, anizohiperleukocytozie i anizohipoleukocytozie. Zmianę w neutrofilnym obrazie krwi tłómaczy on rozpadem liczniej — jądrzastych ciałek neutrofilnych, według niego starszych i najbardziej uzdolnionych do wytwarzania antytoksyn. Nasilenie zmiany miałoby być w zasadzie proporcyonalnem do ciężkości choroby. Wyniki autorów niezupełnie zgadzają się z wynikami Arnetha. Przedewszystkiem obraz neutrofilny prawidłowy leżałby więcej na lewo i to niezależnie od wieku badanego osobnika. Obraz w chorobach zakaźnych był przesunięty prawie zawsze wybitnie ku stronie lewej. Wyższe stopnie tej zmiany spo-

strzegano we wszystkich przypadkach odry (i to już w okresie wylęgania, chodziło jednak o odrę w przebiegu płonicy), ospy wietrznej, duru brzusznego, w przeważnej liczbie przypadków różyczki i w badanym przypadku pląsawicy. Mniejsze stopnie stwierdzono w płonicy, w niektórych przypadkach błonicy, przy ropieniach, w zapaleniu płuc, rozmaitych postaciach gruźlicy i jednym przypadku różyczki. Niezmienionym okazał się obraz w okresie zatrucia niektórych przypadków błonicy, a nieznaczne przesunięcie na prawo okazywał u ozdrowieńców odrowych. Oznaczonej chorobie odpowiadałby prawie zawsze jeden obraz neutrofilny, jednak z pewnego obrazu nie można wnosić na pewną określoną chorobę, gdyż może się on znachodzić w kilku chorobach. W pewnych przypadkach można jednak ten obraz wyzyskać dla rozpoznania. Dla rokowania nie daje on żadnego oparcia. *Lewkowicz.*

Flesch. **Przyczynek do leczenia białaczki promieniami Röntgena.** (*Jahrbuch für Kinderh.*, tom 62, wrzesień, 1905). Dokładnie przeprowadzone spostrzeżenie. Chłopiec 13-letni z olbrzymią śledzioną i obrazem hematologicznym szpikowej białaczki: 2,870.000 ciałek czerwonych, 230.000 białych, 40 prc. hemoglobiny, 85 prc ciałek neutrofilnych (59 prc. wielojądrzastych, 26 prc. myelocytów neutrofilnych), poddany zostaje naświetlaniu promieniami Röntgena. Po niespełna trzech miesiącach liczba ciałek czerwonych wynosi 5,100.000, białych 14.000 (w tem 75 prc. neutrofilnych, 72 prc. wielojądrzastych, 3 prc. myelocytów); rozmiary śledziony zmniejszają się do $1/2$, podnosi się ciężar ciała, ustają biegunki. Jednak wielka ilość ciałek neutrofilnych, obecność licznych myelocytów i ciałek bazofilnych nie pozwala mówić o wyleczeniu. Poprawa posuwa się jeszcze przy leczeniu ambulatoryjnem i stosowaniu naświetlania dwa razy tygodniowo. Potem ponowny szybki wzrost śledziony, wreszcie wystąpienie nagłe objawów zapadu i śmierć pięć miesięcy od początku spostrzegania. Pośmiertne badanie krwi wykazuje olbrzymie wzmożenie liczby ciałek białych, a co ciekawsze, przemianę typu szpikowego białaczki w limfatyczny, gdyż na limfocyty przypadało 90—92 prc. ciałek białych. *Lewkowicz.*

Faludi. **Leczenie gruźliczego zapalenia otrzewnej w wieku dziecięcym ze szczególnem uwzględnieniem cięcia brzusznego.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, wrzesień, 1905). Zestawienie 70 przypadków, spostrzeganych w szpitalu Stefanii w Budapeszcie w ciągu lat pięciu: w 46 wykonano cięcie brzuszne. Wyniki zabiegu zależały od postaci. Autor za Marfanem odróżnia postać ograniczoną i ogólną: w ostatniej znów trzy poddziały: postać opuchlinową (ascytyczną), włóknisto-serowatą i włóknisto-zrostową. Postaci ograniczonej spostrzegał tylko jeden przypadek; wynik zabiegu był bardzo dobry. Z uogólnionych najlepsze wyniki daje postać opuchlinowa i to tak przy leczeniu operacyjnem, jak i zachowawczem. To też autor nie nalega tu na natychmiastowe podjęcie zabiegu, jeżeli tylko stosunki chorego pozwalają wpływać na przebieg choroby stosowną higieną i dyetetyką. Gdy tego warunku niema, lub gdy mimo korzystnych stosunków stan się nie poprawia, gdy wysięk obfity utrudnia oddychanie, należy operować. Nakłucia mogą być niebezpieczne, lepiej ich zatem zaniechać. W postaciach włóknistoserowatej i zrostowej, stanowiących dalsze okresy postaci opuchlinowej, wskazane stanowczo cięcie brzuszne, gdyż leczenie wyłącznie wewnętrzne zawodzi. Zabieg należy wykonać jak najwcześniej, gdyż na rozległe serowate masy i zrosty i zabiegiem niewiele można wpłynąć. Zamknięcie kiszki można próbować usunąć operacyjnie, nie licząc wiele na wynik. Małe przetoki kiszkowe usunąć operacyjnie łatwo, większe, idące zwykle w parze z rozległemi owrzodzeniami przedziurawionej pętli, lepiej leczyć zachowawczo. Nieraz i w tych przypadkach dochodzi się do celu. Poważniejsze gruźlicze zmiany płuc i kiszek pogarszają znacznie rokowanie i stanowią przeciwwskazanie zabiegu. Nie można tego samego powiedzieć o małych objawach płucnych, lub opłucnych, ogniskach gruźliczych w skórze lub kościach. Gorączka i wycieńczenie nie stanowią przeciwwskazania. Zabieg polegał na wypuszczeniu wysięku i wytarciu otrzewnej celem wywołania przekrwienia. Wyniki autora nie należą do najlepszych. I tak w postaci wysiękowej wykazuje on po zabiegu 55,6 prc. wyleczeń (inni do 70 i 80 prc.); należy to jednak odnieść do niezbyt korzystnych warunków higienicznych w szpitalu i poza szpitalem i do dwuletniej obserwacyi, której wymaga autor dla stwierdzenia wyleczenia. Autor daje w tablicach przejrzyste zestawienie własnych przypadków i danych zebranych z piśmiennictwa. *Lewkowicz.*

Misch. **Dwa przypadki wewnętrznego krwotocznego zapalenia opony twardej mózgu.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, sierpień, 1905). W pierwszym przypadku u dziecka $3^1/_2$ miesięcznego wśród objawów oponowych rozwija się wodogłowie zewnętrzne; po 10 tygodniach śmierć wśród kurczów, śpiączki i nadmiernie podwyższonej ciepłoty (42°). W drugim choroba rozwija się pełzająco jako wodogłowie u dziecka 6-miesięcznego. Tylko wynaczynionki na dnie oka mogły naprowadzić na rozpoznanie. Nakłucie głowy wykazało płytko pod skórą (5 mm.) znaczną ilość cieczy surowiczokrwawej. Postęp dalszy choroby zatrzymuje się po zastosowaniu podskórnem żelatyny (trzy wstrzyknięcia po 20 cm.³ 10 prc. żelatyny Merkowskiej), następuje wyleczenie, a przypadek dochodzi do badania pośmiertnego tylko skutkiem zapadnięcia w kilka miesięcy po wypuszczeniu ze szpitala na obustronne zapalenie płuc i zapalenie tkanki podskórnej głowy. *Lewkowicz.*

Thomas. **Rozważania nad samozatruciem trawieniem i jego leczeniem.** (*Revue des mal. de l'enf.* lipiec i sierpień, 1905). Wywody autora kończą się wnioskiem, że obecnie nie jest możebnem ścisłe określenie objawów, cechujących samozatrucie żołądkowo-kiszkowe, gdyż objawy mieszają się z objawami choroby podstawowej. Leczenie nie może być szablonowe wobec różnorodności czynników, od których zależy samozatrucie. *Lewkowicz.*

Roux. **Zapalenie gruźlicze i zrost worka sercowego; ważność etyologiczna urazu.** (*Revue des maladies de l'enf.* lipiec, 1905). U dziecka 11-letniego ze zmianami w gruczołach i naciekami szczytowymi rozwija się bezpośrednio po gwałtownym urazie w okolicę serca zapalenie osierdzia ze znacznym wysiękiem surowiczym, potem zrost worka. W 7 miesięcy od początku zapalenia rozwija się puchlina brzucha na tle wątroby zastoinowej i na stępowej marskości wątroby. *Lewkowicz.*

Szalárdi. **Wyleczony przypadek tężca noworodków.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* Tom 62, sierpień, 1905). Jako leczenie zastosowano surowicę przeciwtężcową. Prócz tego cztery razy w czterech następujących po sobie dniach zastrzyknięto podskórnie $1/2$ kropli formaliny w 10 cm.³ roztworu fizyologicznego soli (co autor nazywa 2 prc. roztworem formaliny?) i temu ostatniemu środkowi autor przypisuje w znacznej części wynik korzystny. *Lewkowicz.*

DENTYSTYKA. Dr. F. Honigmann. **O znieczuleniu przy operacyach w jamie ustnej.** (*Deutsche Wochenschrift für Zahnheilkunde*, sierpień, 1905). Zabiegi operacyjne w jamie ustnej są po największej części krótkotrwałe i niezbyt niebezpieczne, ale natomiast nadzwyczaj bolesne. Dlatego właśnie bardzo pożądaną jest rzeczą ból ten usunąć. Uśpienie chloroformem, eterem, brometylem, czy chloretylem, czy wreszcie tak zwanym somnoformem, t. j. mieszaniną chloretylu (60 prc.), chlormetylu (35 prc.) i brometylu (5 prc.), lub nawet i gazem rozweselającym, jest rzeczą, samą przez się niebezpieczną. Statystyka bowiem wykazuje, że dotąd niema żadnej metody ogólnego znieczulenia przez wziewanie, całkowicie niewinnej. Zresztą każda z tych metod wymaga pewnego, zawsze mniej lub więcej długiego czasu, odpowiedniej asystencyi i to wprawnej, badania ogólnego pacyenta przed operacyą i dłuższej opieki, względnie obserwacyi po samej operacyi. Jeżeli się do tego doda jeszcze różne czynniki uboczne, których nigdy opanować, ani przewidzieć nie można, jak idyosynkrazyę i t. d., a przedewszystkiem, jeżeli się zważy, ile czasu na samo uśpienie potrzeba, to nic dziwnego, że miejscowe znieczulenie wzięło w dentystyce górę nad ogólnem znieczuleniem; a stało się to tembardziej, im je więcej wydoskonalano i im lepsze środki, których dziś jest cały szereg, wypróbowano i zastosowano. Jednym z takich środków, miejscowo znakomicie znieczulającym, jest kombinacya adrenaliny ze słabym roztworem kokainy (H. Brauna). Dodatek adrenaliny powiększa miejscową niedokrwistość; a wiążąc kokainę niejako na miejscu, na które się zadziałało, działa tem silniej, dłużej i zdaje się mniej trująco, gdyż nie pozwala się kokainie zbyt prędko wessać. Zdarzają się i tu nieprzyjemne objawy zatrucia, które różnie tłómaczą: jedni kładą je na karb czynników psychicznych, drudzy przypuszczają użycie za wielkiej dawki adrenaliny, suprareniny, paranefryny, zależnie od tego, którego przetworu do kombinacyi się używa (Römer). Hübner zaś więcej skłania się do tego, że objawy te pochodzą od zatrucia kokainą, tembardziej, że jak Wölfler wykazał, wessanie kokainy przy operacyach na głowie jest stosunkowo największe i jako kresową dawkę podaje jej 0,02, chociaż się jej używa w kombinacyi z przetworami nadnercza. Według Hübnera zamrożenie dziąsła w miejscu wstrzyknięcia powyższej kombinacyi podnosi efekt kokainy. Kombinacya ta okazała się dobrą przy miejscowem znieczuleniu przed zabiegiem operacyjnym, lecz do znieczulenia dentyny jej nie polecają (Bruck). Tu działa ona więcej toksycznie, ulegając w całości wessaniu, podczas gdy tam większa część wychodzi z rany pooperacyjnej z krwią. *Dr. Adam Kozaczka.*

B. Dzierżawski. **O stosowaniu paranefryny w dentystyce.** (*Przegląd dentystyczny.* Warszawa, Z 7 i 8, 1905). Autor jest tego zdania, że kokaina w kombinacyi z przetworami nadnercza jest mniej trująca, bo te przeszkadzają jej szybkiemu wessaniu i wskutek tego działa pewniej. Z przetworów nadnercza wypróbo-

wał adrenalinę, suprareninę i paranefrynę. Tę ostatnią zaleca najgoręcej jako najmniej trującą i najtańszą. Paranefryna jest jedynym przetworem z nadnercza, otrzymanym bez ługów i kwasów i dlatego właśnie mniej drażni tkanki i mniej truje. W stanie czystym otrzymał ją Dr. Ritsert. Według doświadczeń Schäffera-Stuckerta na królikach paranefryna jest mniej więcej o połowę mniej trująca od adrenaliny i suprareniny. Autor przy stosowaniu paranefryny w roztworze 1: 1000 spostrzegał tylko 2 przypadki lekkiego zatrucia po użyciu 1 cm. sz. tego płynu u bezkrwistych i zdenerwowanych panien. Objawy te wystąpiły tuż po wstrzyknięciu i minęły bardzo prędko. U osób zaś silnie zbudowanych i zdrowych nawet po użyciu 3 cm. sz. według Römera objawy zatrucia nie występują. Autor używa do wstrzykiwań: 1) 1 prc. kokainy w roztworze paranefryny 1: 1000; 2) 1 prc. roztworu kokainy z dodatkiem 1, 2, lub 3 kropli wyżej wspomnianego roztworu paranefryny na 1 cm. sz.; 3) $^1/_2$ prc. roztworu kokainy z dodatkiem 2—3 kropli roztworu paranefryny (1: 1000); 4) roztworu, zawierającego w 1 gramie wody 0·25 prc. kokainy, 3 prc. eukainy i 2 krople paranefryny (1: 1000). Mieszanina ta działa znieczulająco nawet podczas ostrego zapalenia okostnej; tu zwykle trzeba roztworu dwa razy silniejszego. Działanie mieszanki paranefryny z kokainą ma ten wielki przymiot, że prócz znieczulenia daje możność operowania w polu czystem, prawie bez kropli krwi, co znów z drugiej strony daje często powód do powikłań w gojeniu rany pooperacyjnej w postaci bólów, zapalenia dziąseł i obrzmienia sąsiednich gruczołów. Wskutek niedokrwenności pola operacyjnego i słabego wypełnienia przez skrzep krwi zębodołu po wyjęciu zęba, rana łatwo ulega zakażeniu, które nie jest tak groźne, albowiem tuż po operacyi można zębodół wytamponować gazą jodoformową i tę, po ustaniu działania paranefryny (3—4 godziny lub następnego dnia) wyjąć; wtedy wystąpi obfitszy krwotok, wypełniający skrzepem zębodół i dalsze gojenie idzie prawidłowo. Krotko mówiąc, kombinacya z paranefryną rozszerzyła zakres stosowania kokainy. Obecnie stosujemy ją nietylko do znieczulania przy wyjmowaniu zębów, ale i do znieczulania czułej zębiny i miazgi przed jej wyjęciem bez poprzedniego zdewitalizowania. Przy dolnych zębach trzonowych autor radzi wstrzykiwać według Hübnera, w celu znieczulenia pnia nerwu żuchwowego w miejscu wejścia jego do kanału (*for. mandibulare*). Roztwór ten, jak i wszystkie znieczulające miejscowo przetwory, powinien być wstrzyknięty w tkankę zbitą, w tę część dziąsła, która jest zrośnięta w jedną całość z leżącą pod niem okostną wyrostka zębodołowego. Jak gorąco zaleca autor używać tej mieszaniny przy znieczuleniu przed wyjęciem zęba, tak do znieczulania zębiny i miazgi zębowej radzi jej używać tylko w ostateczności, gdy chlorek etylowy i sposób Maillart-Guye zawodzą; albowiem paranefryna z kokainą, hamując zupełnie krwiobieg w miazdze na 3 do 4 godzin (Schröder), powoduje jej obumarcie. *Dr. Adam Kozaczka.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Konserwę maślankową, wyrabianą przez fabrykę Boehringera, badał Kassel na oddziele prof. Baginskyego w Berlinie (*Berliner klin. Wochs.* 1905, 29). Maślanka odgrywa od dłuższego czasu poważną rolę w leczeniu chorób jelit i zaburzeń odżywienia u osesków; niestety jednak, zwłaszcza w miastach, trudno dostać dobrą maślankę, nadto skład jej bywa bardzo zmienny. Wreszcie produkt ten łatwo się psuje, mianowicie pod wpływem bakteryi z grupy prątka siennego i ziemniaczanego zmienia się w nim szybko sernik i tworzą się peptony, drażniące silnie błonę śluzową jelit. Jedynym sposobem, by rozporządzać środkiem o stałym składzie, a nie psującym się, jest użycie konserwy. Przetwór taki według przepisu Dra Sarasona wytwarza się z mleka niezbieranego, starannie pasteryzowanego, następnie w naczyniach porcelanowych poddanego działaniu prątków kwasu mlecznego aż do uzyskania pewnego stałego stopnia kwaśności, poczem następuje wysuszenie w próżni przy 50° C. Pozostałość, zmielona walcami porcelanowymi i zmieszana z cukrem, mąką pszenną i roboratem, idzie w handel. Konserwy tej używa się zarówno w chorobach przewodu pokarmowego, jak i u osesków z przewodem pokarmowym zdrowym, lecz dotkniętych wyniszczającemi innemi chorobami (kiła dziedziczna, pęcherzyca i t. d.). W obu grupach chorób trawią dzieci konserwę doskonale i przybierają znacznie na wadze. *Zt.*

Kolargol znalazł nowe zastosowanie w rumieniu guzkowym na tle zakażenia wiewiórowego (*erythema nodosum gonorrhoicum*). W przypadku tego cierpienia, przebiegającego z wysoką gorączką i z objawami zajęcia stawów i osierdzia użył Hermann (*Münch. med. Wochs.* 1905, 36) wstrzykiwań kolargolu do żył (3 cm. sześc. 2 prc. roztworu) po miesiącu trwania choroby. Gorączka natychmiast ustąpiła, a osutka i objawy zajęcia stawów bardzo szybko znikły. Ten pomyślny zwrot w chorobie przypisuje autor wyłącznie kolargolowi, zwłaszcza dlatego, że wstrzyknięcie poskutkowało natychmiast na gorączkę, choć podjęto je wśród 40° gorączki. Dalej użyto kolargolu także w gorączce powrotnej mianowicie Karliński (*Heilkunde* 1905, 6) leczył 10 przypadków tej choroby wstrzyknięciem 20—30 cm. sz. 2 prc. roztworu do żył o tyle ze skutkiem, że w 8 z tych przypadków napad gorączki się nie powtórzył, gdy w 1000 przypadków nieleczonych wypadła średnia liczba nawrotów 2,19 na jednego chorego. Z dawniejszych zastosowań kolargolu zmienił Born (*Ther. der Gegenwart* 1905, 4) postępowanie wobec róży w ten sposób, że wciera (ostrożnie) maść Credego przez 3 dni po $^1/_2$ godziny na granicy obszaru, zajętego przez różę. *H.*

Dalsze spostrzeżenia co do **gonosanu** ogłaszają Bassicalupo (*Wiener med. Presse* 1905, 34) Maramaldi (*Deutsche Praxis* 1905, 15) i Gheorgiu (*Mediz. Klinik* 1905, 36). Pierwszy z nich leczył 74 chorych, badając mocz jak najdokładniej przed i po leczeniu, a podając dziennie 6—8 kapsułek. W 30 przyp. wiewióra ostrego po 3 dniach wydzielina ropna zmieniała się w śluzową, po 10—12 dniach znikały dwoinki, po 2 tygodniach wydzielina ustawała, gdy używano tylko samego gonosanu. W 5 przyp. wiewióra podostrego wyleczenie w 30 dniach; oprócz gonosanu stosowano tu albarginę. Przy takiemże leczeniu wyleczylo się 4 przyp. wiewióra przewlekłego przedniej części cewki po 20 dniach; 4 inne przypadki przy użyciu samego gonosanu w 25—30 dniach. Podobnie pomyślne skutki wywarł gonosan, bądź sam, bądź obok leczenia miejscowego (albarginą i protargolem) w wiewiórze ostrym i przewlekłym całej cewki i w zapaleniach pęcherza. Niemiłych skutków ubocznych nie zauważono. Równie korzystne spostrzeżenia poczynił Maramaldi w licznych (liczby ich nie podaje) i Gheorgiu w 15 ciężkich przypadkach wiewióra. Obaj ci autorowie podnoszą zgodnie, że gonosan ani nie upośledza trawienia, ani nie drażni nerek. *Ll.*

V. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

9. Na dur (tyfus) plamisty wykazano 480 zmarłych (w roku 1895 było 1088, — w 1896 r. 992, — w 1897 r. 435, — w 1898 r. 521, — w 1899 r. 611). Niema więc pogorszenia, może nawet pewna poprawa, zwłaszcza że w tym roku już 29 powiatów i miasto Kraków wolne były od epidemii (w 1899 r. tylko 16 powiatów). Poprawa to jednak stanowczo za mała. Szczególniej nie można dobrze zrozumieć, czemu w pewnych powiatach epidemia od szeregu lat stale i w znacznej mierze się gnieździ, zwłaszcza we wschodniej Galicyi. Można pojąć, że lekarz powiatowy wraz z asystentem sanitarnym wobec swych prac urzędowych, asenterunków, sprawozdań, objazdów i t. p. zadaniu tłumienia epidemii w kilku lub kilkunastu gminach naraz swego powiatu podołać nie mogą. Ale właśnie dlatego zdawałoby się, że koniecznem jest wydelegowanie do takiego powiatu tylu sił lekarskich, tylu żandarmów i tylu pomocników do przeprowadzenia należytego odkażenia mieszkań, pościeli, odzieży i t. p., jednem słowem użycie wszelkich takich środków i zasobów, by raz na zawsze kolejno ograniczyć w każdym powiecie takim epidemię, a nawet stłumić i uwolnić w ten sposób kraj od ciągle grożącego mu niebezpieczeństwa i niezaszczytnej sławy jedynej prowincyi monarchii, w której to niebezpieczeństwo jest stałe. Toż przypomnijmy sobie tylko, jakich to środków, — zresztą może i najsłuszniej, — używają władze polityczne w razie innego grożącego ludności niebezpieczeństwa mienia i życia, n. p. w razie wybuchu rozruchów robotniczych, strajków rolniczych, a nawet w czasie burzliwych wyborów do Rady Państwa, Sejmu lub t. p. Wtenczas nie liczy się ani kosztów, ani ludzi; — dziesiątki żandarmów, całe oddziały wojska wysyła się do miejsc zagrożonych. Czemużby z tą samą energią nie można było wystąpić do walki i do wytępienia wroga, który corocznie pochłania w całym kraju setki lub tysiące ofiar, a przez chorobę tysięcy jednostek naraża kraj cały na nieobliczalne straty ekonomiczne i nieustające niebezpieczeństwo nagłego i daleko groźniejszego rozszerzenia się epidemii jakby pożaru. Ze szczerem zadowolnieniem daliśmy wyraz serdecznemu uznaniu dla władz, mówiąc o tłumieniu skutecznem epidemii ospy. To też daje nam to nadzieję, że i w walce z durem

plamistym, o której Radca sanitarny Dr. Barzycki tak wyczerpującą i piękną wydał pracę, władze centralne z całą wystąpią energią, a niewątpliwie skutek ich zabiegów da im samym zupełne zadowolnienie i szczerą wdzięczność całego społeczeństwa.

10. Na dur brzuszny wykazano 3170 zmarłych, t. j. o 277 więcej, niż w roku 1899. Najwięcej chorych stwierdzono w powiecie podhajeckim (456 w 18 gminach), w przeworskim (409 w 21 gminach), dalej w mieście Lwowie (406 chorych) i t. d. Wynika z tego, że epidemia duru brzusznego w roku 1900 znowu szersze przybrała rozmiary. Sprawozdanie wskazuje szlaki i przyczyny, któremi szerzenie się epidemii postępowało, jak również zarządzenia, czynione celem zapobieżenia jej rozwleczeniu. Ale wobec znacznego zanieczyszczenia rzek, studzien i ziemi, wobec względnie lekkiego nieraz przebiegu choroby (*typhus ambulatorius*) tak, że chory nie zdaje sobie sprawy z ciężkości choroby, a często nawet zmienia miejsce pobytu, słowem wobec tylu trudności, można sobie wytłómaczyć, że choć Sprawozdanie przytacza przypadki, w których zamknięcie studni, względnie wodociągu, stłumiło epidemię dość szybko, przecież zabrała ona tak wiele ofiar. Tłómaczy się to także tą okolicznością, że polecenia władzy często lekceważono. Toż w samym Lwowie mimo nakazu zamknięcia wodociągu tak zwanego dominikańskiego, wydanego jeszcze w roku 1893, otwarto go znowu w roku 1896 i dopiero ponowny wybuch epidemii dał powód do powtórnego zamknięcia tegoż w roku 1900.

11. Na czerwonkę wykazano 2396 zmarłych, o 596 więcej, niż w roku poprzednim. Najwięcej chorych — jak zawsze, — było w drugiej połowie lata, kiedy owoce, jeszcze niedojrzałe, spożywane przez łakomą ludność wiejską, powodują zaburzenia w trawieniu, wskutek czego epidemia czerwonki znajduje ustrój już do choroby usposobiony i tem łatwiej się rozwija. Wszelkie pouczania tej ludności żadnego nie odnoszą skutku.

12. Cholery azyatyckiej nie było od roku 1896.

13. Na cholerę dzieci wykazano 2746 zmarłych, zaś

14. na cholerę swojską tylko 148 zmarłych.

15. Gorączka połogowa miała być według wykazów urzędów parafialnych powodem śmierci 1025 kobiet. Ponieważ jest to liczba, zaczerpnięta z wykazów parafialnych, być więc łatwo może, że jest przesadnie wysoką; bo na wsi, gdzie ani lekarza, ani najczęściej i położnej do porodów nie wzywają, każdy przypadek śmierci przy porodzie wliczony zwykle bywa do działu „gorączki połogowej“. Z drugiej strony liczba tylko 26 urzędownie stwierdzonych w całym kraju przypadków tej choroby, a z tych 17 z wynikiem śmiertelnym, wydaje się stanowczo za małą, zwłaszcza że ze samych stolic zgłoszono 23 przypadków choroby (Lwów 17, Kraków 6). Ale jak zawsze opieka nieukwalifikowana, wiejska, stara się przypadki takie w ciągu choroby zataić, by ujść odpowiedzialności. A dopiero kiedyś po miesiącach oglądacze zwłok, względnie urzędy parafialne podają te przypadki, — o ile zakończyły się śmiercią, — w rubryce „gorączki połogowej“.

16. Na choroby zakaźne przyranne (róża, zapalenie tkanki podskórnej, zapalenie naczyń limfatycznych, ropnica, posocznica i tężec) wykazano 544 zmarłych (w 1899 roku 602).

17. Na inne choroby zakaźne wykazano 970 zmarłych; najwięcej z grypy (influenzy 773), znacznie mniej na inne tu zaliczane choroby, jak zapalenie opon mózg. (39), zimnica (37), kiła, gośćcowe zapalenie stawów, ospa wietrzna i t. d. Natomiast epidemia grypy była bardzo rozszerzoną, kiedy w samym Lwowie zgłoszono 3986 zachorowań, w powiecie bobreckim stwierdzono urzędownie grypę u 643 chorych, w jaworowskim 786, i t. d. Przebieg był dość łagodny, a najczęstszymi objawami nieżyt oskrzelowy, rzadziej ostry nieżyt kiszek lub nerwobóle.

18. Choroby zakaźne przenośne ze zwierząt na ludzi (*zoonoses*) były 35 razy przyczyną śmierci, a to wąglik 24, wścieklizna 10 razy. Ale liczba przypadków śmierci z powodu wścieklizny jest zapewnie za małą, gdyż wykazy, nawet lekarzy urzędowych, wykazują liczbę chorych w całym kraju 141, z których 103 miało być odstawionych do Zakładu Prof. Bujwida w Krakowie; tymczasem sprawozdanie Prof. Bujwida wykazuje imiennie, że do Zakładu przysłano z Galicyi i leczono tamże 382 chorych, a z poza Galicyi 22 osób.

19. Na udar mózgowy wykazano 1293 zmarłych.

20. Na organiczne wady serca i choroby naczyń krwionośnych wykazano 2739 zmarłych.

21. Nowotwory złośliwe miały zabrać 2041 ofiar.

22. „Wskutek innych naturalnych przyczyn“ zmarło 101.687 osób, t. j. 50·5 prc. wszystkich zmarłych. Znaczy to, że u więcej niż połowy zmarłych w Galicyi przyczyny śmierci nie znamy wcale. Notujemy na razie fakt, który omówimy jeszcze poniżej.

23. Samobójstw było w 1900 r. 325, — zaś

24. zabójstw i morderstw 160, — wreszcie

25. przypadkowych uszkodzeń śmiertelnych 1606.

Ogólne uwagi o śmiertelności.

Sprawozdanie przytacza liczby skonów w pojedynczych powiatach Galicyi, przyczem przekonywujemy się, że powiaty gródecki i jaworowski, położone pod samym Lwowem, wykazują od lat już najwyższą liczbę śmiertelności, zwłaszcza dzieci. Drugą uwagą, wyjętą ze Sprawozdania jest fakt, że śmiertelność w całym kraju stale się zmniejsza, co wykazano liczbowo już na str. 12.

Smutnem jednak jest, że „na 201.310 zmarłych, tylko w 49.566 przypadkach przyczyna śmierci była przez lekarzy sprawdzoną; przedstawia to stosunek 24·6 na sto ogółu zmarłych“, — a dowodzi, że zaledwie czwarta część zmarłych była widzianą i mniej więcej badaną przez lekarza; leczonych staraunie było z pewnością jeszcze mniej.

Ile różnych przyczyn składa się na ten smutny wynik, to podnoszono już zbyt często. Powtórzymy więc tylko krótko, że zaliczyć tu należy w pierwszej linii ciemnotę i obojętność naszego ludu i wynikający stąd brak zaufania do lekarzy wogóle; następnie dotkliwy brak lekarzy na prowincyi i za powolny postęp w tworzeniu posad lekarzy okręgowych.

Ale jeszcze smutniejszem jest, że liczba skonów niesprawdzonych co do przyczyny rośnie corocznie.

Wynosiła ona w 1895 r. 37·6 prc. ogółu zmarłych

„	1896 „	39·7	„	„	„
„	1897 „	44·9	„	„	„
„	1898 „	45·9	„	„	„
„	1899 „	47·6	„	„	„
„	1900 „	50·5	„	„	„

Na tem jednak nie koniec. W poprzednich ustępach podnosiliśmy za Sprawozdaniem, że liczba zmarłych, wykazanych na choroby zakaźne w 1900 r., jest na ogół biorąc mniejszą, niż po inne lata. A samo Sprawozdanie na str. 49 mówi: W roku 1900 umarło w całym kraju wskutek chorób zakaźnych 37·439 osób, czyli 5·13‰ ludności, a 18·6 prc. ogólnej liczby zmarłych. Jest to wynik tak pomyślny, jakiego od dwudziestu siedmiu lat, t. j. od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej w r. 1873 — nie było“. Cieszylibyśmy się szczerze z tego tak szczęśliwego wyniku, gdybyśmy mogli mieć zaufanie do liczb powyższych. Skoro jednak w ¾ częściach wszystkich skonów nie lekarz stwierdzał przyczynę śmierci, lecz jakiś wiejski oglądacz zwłok, którego nikt nie kontroluje, toż jest wprost niepodobieństwem przywiązywać do liczb, na takiej drodze zebranych, poważniejsze znaczenie, tem więcej, że sami ci oglądacze zwłok, czy też urzędy parafialne, ułatwiają sobie sprawę w ten sposób, iż więcej niż u połowy zmarłych w całym kraju nie podają wcale przyczyny śmierci, lecz zaliczają je ogólnikowo pod rubrykę „innych naturalnych przyczyn śmierci“. Podziela to sceptyczne zapatrywanie i samo Sprawozdanie; na str. bowiem 53 po uwadze, że liczba skonów bez określonej przyczyny śmierci w wykazach z roku na rok rośnie, dodaje: „Prawdopodobnie jest to w związku ze zmniejszającą się cyfrą przypadków śmierci z powodu chorób zakaźnych“.

IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

Dzieci obowiązanych do szczepienia wykazano w 1900 roku 309.055. Z tych zaszczepiono 280.639, t. j. 90·9 prc., z tych znowu 90·6 prc. ze skutkiem pomyślnym, — 2·9 prc. ze skutkiem niepomyślnym, — a 6·5 prc. ze skutkiem niewiadomym. Nie szczepionych pozostało 28.416 dzieci.

Rewakcynowano dzieci 10-letnich 160.353 i to ze skutkiem pomyślnym 78·8 prc., — z niepomyślnym 11.7 prc., — a z nieznanym 9·5 prc.

Dzieci szkolnych, które przy przyjęciu do szkół ludowych nie okazywały żadnych blizn poszczepiennych, zaszczepiono 9569, — z tego 89·3 prc. ze skutkiem pomyślnym, — 3·8 prc. z niepomyślnym, a 6·9 prc. z nieznanym.

Szczepienie i rewakcynacyę „z konieczności“ (t. j. z powodu pojawiania się sporadycznych przypadków ospy, które mogłyby dać powód do wybuchu epidemii), przeprowadzono u 12.117 osób. Razem przeto szczepiono i rewakcynowano 462.678 osób kosztem 132.620 koron, a więc 29 groszy za jedno szczepienie z rewizyą. Liczba zakładów wytwarzania krowianki, podobnie jak liczba wyprodukowanych jednostek szczepienia i ich skuteczności, nie uległy zmianie i są zupełnie zadawalniające i wystarczające. (Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905)

(Ciąg dalszy).

V.

Leczenie gruźlicy stawów.

Sprawozdanie Biera odczytał Klapp (z Bonn). Zdaniem jego gruźlica stawów jest uleczalna; usuwanie ognisk gruźliczych uważa jednak za postępowanie przestarzałe i śmieszne. Pewien wpływ dodatni na sprawę lokalną wywiera poprawienie stanu ogólnego. Ustalenie jest jednym z lepszych środków, a jodoform, tuberkulina, ignipunktura, chlorek cynkowy, wywołując miejscowe przekrwienie, są pożyteczne. Najdzielniejszym jednak środkiem w leczeniu zachowawczem jest wywołanie przekrwienia biernego przez ucisk okrężny kończyny powyżej stawu chorego. (W jaki sposób się to czyni, podał Frommer na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 21/VI 1905. przedstawiając chorych, leczonych tą metodą na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza [1]). Tu tylko nadmienię, że się obecnie opaskę na krótszy czas zakłada mniej więcej przez godzinę dziennie). Opatrzenia przeciwgnilnego nie zakłada się nawet w razie owrzodzeń i przetok, jedynie ropnie zimne się nakłuwa. Przeciwwskazaniem do przekrwienia jest zwyrodnienie skrobiowate, gruźlica płuc. Leczenie to odbywać się może ambulatoryjnie przy użyciu przyrządów do chodzenia, lecz musi trwać co najmniej dziewięć miesięcy.

Broca (z Paryża) zastanawia się nad sposobem leczenia gruźlicy u dzieci. Leczenie wewnętrzne jest konieczne. Jeżeli tylko torebka stawowa jest zajęta, wstrzykuje jodoform w eterze 10% i ustala kończynę na krótki czas. Jeżeli zajęta jest kość, ustala całkowicie kończynę opatrzeniem gipsowem w położeniu należytem, prostując skrzywienia w uśpieniu. Po takiem gwałtownem prostowaniu ustala kończynę i trzyma chorego w łóżku przez kilka miesięcy, potem zakłada przyrząd do chodzenia. Podstawą jego leczenia jest ustalenie. Wyjątkowo tylko zaleca operacyę, oddając pierwszeństwo resekcyi; przestrzega zaś przed wyskrobaniem kości. W razie zagrażającej ropnicy należy ogniska naciąć i osączkować, do amputacyi uciec się należy jedynie w przypadkach posocznicy lub gruźlicy płuc. Prostowanie złego położenia uskutecznia dopiero po wygojeniu się wszelkich ognisk. Przy kończynach górnych stara on się o uruchomienie stawów, przy kończynach dolnych zaś woli sztywne stawy.

Willems (z Gandawy) ogranicza się do wskazań operacyjnych resekcyi lub amputacyi, nie uwzględniając leczenia zachowawczego lub ortopedycznego, ani też drobnych zabiegów operacyjnych. Stwierdza on, że zapatrywanie autorów na tę kwestyę jest rozmaite, a wskazanie do operacyi zależy od stanu miejscowego i od stanu ogólnego. Przez wzgląd na stan miejscowy powinno się leczyć zachowawczo w przypadkach gruźlicy stawów niezropiałych i osiągnie się wyniki znakomite u dzieci; operować zaś należy w cięższych i rozlanych schorzeniach bez dążności do gojenia się, zwłaszcza u osób starszych. Jeżeli ogniska ropne są ograniczone, wtedy wstrzykiwania jodoformowe mogą dać wyniki dobre. Przetoki dają wskazanie do operacyi po wyczerpaniu leczenia wstrzykiwaniami, obecność zaś martwaka (sekwester) jest bezwzględnem wskazaniem do operacyi. Jeżeli się u dorosłego znajdzie wiele ognisk, wtedy u dorosłego należy zaniechać leczenia zachowawczego, ale przystąpić do amputacyi. Wskazaniem do amputacyi jest równoczesna gruźlica trzew lub zwyrodnienie skrobiowate, niemniej podeszły wiek chorego.

W gruźlicy kolana powinno się leczyć u chorych poniżej lat 15 tu zachowawczo, a amputować tylko wyjątkowo, jeżeli powstają duże ogniska i martwaki, a stan ogólny podupada. U dorosłych przeciwnie powinno się wykonać resekcyę, jeżeli gruźlica jest nieco cięższą i nie okazuje skłonności do gojenia się. W gruźlicy bioder u dzieci wystarcza zazwyczaj leczenie zachowawcze, a do resekcyi uciec się należy dopiero, jeżeli leczenie to zawodzi. Można także próbować plomby Mosetig-Moorhofa, w nader wyjątkowych przypadkach zaś wskazaną jest rozległa resekcya biodra razem z panewką i kością biodrową (Sprengel, Bardenheyer). Przeciwnie w gruźlicy stawu łokciowego jest zwolennikiem rychłej resekcyi bez względu na wiek chorego. Starać się przytem trzeba o wytworzenie stawu rzekomego, który daje lepsze wyniki, aniżeli zesztywnienie stawu w dobrem położeniu. W gruźlicy stawu barkowego resekcya jest operacyą wyboru. W gruźlicy stawu nadgarstkowego wstrzykiwania dają dobre wyniki; resekcyę wykonać należy tylko w przypadkach daleko posuniętych, a amputacyę tylko wyjątkowo. W gruźlicy stawu skokowego trzeba rychło przystąpić do resekcyi u dorosłych, zaś u dzieci prawie zawsze wystarczy leczenie zachowawcze.

Codivilla (z Bolonii) nie przybył na Zjazd, przedstawił jednak pisemnie swe sprawozdanie. Resekcya stawów jest wskazaną, jeżeli choroba pomimo zachowawczego leczenia postępuje. W biodrze należy starannie oszczędzać mięśnie, w kolanie dążyć do zesztywnienia. Ułożeniem z wyboru jest w biodrze lekkie zgięcie i odwiedzenie; w kolanie lekkie zgięcie; w stawie skokowym lekkie ustawienie końsko szpotawe. Leczenie zachowawcze stosuje się do stanu, w którym chirurga wzywają. Na początku choroby trzeba kończynę ustalić w położeniu odpowiedniem. W dalszym okresie zesztywnienia stawów trzeba unikać gwałtownego prostowania. Jeżeli sprawa chorobowa już jest ukończoną, leczenie zależy od tego, czy staw jest ruchomy, mało ruchomy, zanadto ruchomy, lub całkiem nieruchomy. W pierwszym przypadku trzeba naciąć mięśnie lub kości, albo przeszczepić mięśnie. Jeżeli kończyna górna jest mało ruchomą, trzeba się starać o jej uruchomienie; w kończynie dolnej zaś trzeba stawy zupełnie zesztywnić. Jeżeli stawy są zanadto ruchome, trzeba je zaopatrzyć w przyrządy. Jeżeli staw jest całkiem nieruchomy, trzeba go ustawić w położeniu należytem.

Bradford (z Bostonu) wychodzi z tego założenia, że gruźlica stawów jest częstokroć cierpieniem miejscowem; przedstawia liczne płyty, fotografie i rentgenogramy i streszcza swe wnioski: 1) Leczenie gruźlicy stawów wymaga usunięcia wszystkiego, co mu nie sprzyja. Unikać zatem trzeba wszelkiego urazu, ale usuwać wszystkie ogniska martwe, których więcej ratować nie można. 2) Leczenie ogólne odgrywa ważną rolę, czyniąc ustrój odporniejszym; świeże powietrze jest ważnym czynnikiem leczniczym. 3) Operacye doszczętne należy ograniczyć do przypadków, gdzie ustrój jeszcze jest dosyć odpornym.

W *dyskusyi* nad temi sprawozdaniami podniesiono:

Lebrun (Namur) osiągnął dobre wyniki z wycięcia stawów, które uważa za operacyą wyboru. Po operacyi sączkuje obustronnie przez 48 godzin, potem zaszywa staw, zapuściwszy poprzednio jodoform.

Garré (Królewiec) podziela zapatrywania sprawozdawców, z wyjątkiem stawu kolanowego i skokowego, co do których jest za rychłą operacyą.

Hoffa (Berlin) zakłada z początku opatrzenia gipsowe, po ustąpieniu przypadów ostrych wysyła chorych na świeże powietrze i każe im chodzić w przyrządach.

Verneuil (Middelkerke) zalicza się do zwolenników leczenia operacyjnego, ale występuje przeciwko osączkowaniu stawów. Zaleca dążenie do rychłozrostu i szycie skóry agrafkami.

Walther (Paryż) jest zapalonym zachowawcą i zaleca wstrzykiwania chlorku cynkowego.

Sinclair White (Sheffield) uważa resekcyę kolana za jedynie racyonalne w praktyce szpitalnej.

Kocher (Bern) uważa zabieg chirurgiczny za wskazany: jeżeli istnieje ograniczone ognisko gruźlicze, jeżeli

[1]) „Przegląd lekarski" 1905, Nr. 33.

staw jest sztywny w złem położeniu, w gruźlicy stawu łokciowego, gdzie po resekcyi są znakomite wyniki. Metoda Biera jest dobra w początkach choroby. Wyciąganiu oddaje pierwszeństwo nad opatrzeniami gipsowemi. W gruźlicy nadgarstka należy staw ustalić, pozostawiając palce wolnymi.

Dollinger (Budapeszt) jest bezwarunkowo zwolennikiem leczenia zachowawczego, które daje 80% wyleczeń i kładzie nacisk na ustalenie. Nie zgadza się z tem, aby biednych w szpitalu inaczej leczyć, państwo musi dostarczyć środków, aby to było możebne.

Eiselsberg (Wiedeń) podaje, że używa przyrządu Volkmanna (Dok. nast.) *Bogdanik.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

O reformie ustawy karnej austr. ze względu na lekarzy referował na ostatnim Wiecu Izb lekarskich w Insbruku Dr. Grün z Wiednia. Ustawa karna austryacka przeżyła się już dawno, co przyznają wszystkie kompetentne czynniki, a między innymi również i tymczasowy kierownik ministerstwa sprawiedliwości Dr. Klein. Ustawa ta przeżyła się również i ze względu na lekarzy, którzy do krytyki są tem bardziej upoważnieni, że więcej niż 120 paragrafów tej ustawy dotyka ich sfery umysłowej, moralnej, naukowej, społecznej i gospodarczej. Wiele postanowień ustawy karnej — wywodził referent — mija się najzupełniej ze swym celem, inne pozbawione są wprost wszelkiego uzasadnienia; wiele z nich nie odpowiada znowu postępowi wiedzy i zwala bez słusznej przyczyny na lekarzy cały szereg obowiązków, które stoją w widocznem przeciwieństwie z duchem czasu. Dlatego mają lekarze słuszne prawo żądać, by przy reformie i rewizyi ustawy karnej ojcami chrzestnymi byli nietylko prawnicy, nieznający życia lekarzy, ani ich stosunków zawodowych, ale żeby powołano do obrad również interesowanych lekarzy.

Najbardziej dotyka lekarzy postanowienie obecnej ustawy karnej, wedle którego skazanie lekarza za zbrodnię pociąga za sobą utratę dyplomu. Postanowienie to karze lekarza skazanego w bardzo dotkliwy sposób, w sposób znacznie dotkliwszy, niż każdego innego obywatela. Każdy inny obywatel po odpokutowaniu kary może wrócić do swego zawodu, tylko lekarzowi zabrania tego ustawa. To wyjątkowe dla lekarzy postanowienie jest stanowczo najzupełniej niesprawiedliwe.

Stała komisya parlamentarna dla ustawy karnej uznała to i proponuje, by utrata stopnia akademickiego nie pozbawiała uprawnienia do wykonywania określonego zawodu, uprawnienia, wynikającego z owego akademickiego stopnia. Izba lekarska zaznaczyła, że to nowe postanowienie w każdym razie więcej odpowiada poczuciu sprawiedliwości, niż poczuciu godności zawodowej i godzi się na propozycyę stałej komisyi parlamentarnej, dodając równocześnie, że poczucie godności zawodowej wzdraga się na myśl, że należeć w przyszłości mogą do stanu lekarskiego ludzie, ukarani za zbrodnię. Izba lekarska jednak uznaje, że obok skostniałych dogmatów w kwestyach honoru zawodowego liczyć się należy i z poczuciem ludzkości.

Dalej występował referent przeciw §. 163 ustawy karnej, który ustanawia kary za udział w pojedynku. Wspomniany paragraf karze udział w pojedynku jako ciężką zbrodnię, pomimo że wedle dekretów dworskich z 3 lipca 1872 i 4 lutego 1791 każdy lekarz jest obowiązany do udzielania wszelkiej pomocy lekarskiej w pojedynku. O pojedynku można myśleć, jak kto chce — wywodził referent, — jednak pewnikiem jest, że lekarze nie odgrywają w pojedynku żadnej czynnej roli, a obecni są tylko dla udzielenia pomocy lekarskiej, a więc w samarytańskiej służbie. Taki udział w pojedynku traktować jak zbrodnię, jest prawie rzeczą śmieszną. Natomiast nowy projekt ustawy karnej najzupełniej nie karze sekundantów, świadków, ani lekarzy. Wprawdzie dotychczas obchodziły się sądy z lekarzami bardzo łagodnie i skazanych za udział w pojedynku zawsze przedstawiały do ułaskawienia. Ale łaska, to przecie nie prawo i mogłoby się zdarzyć, że stu lekarzy sądy ułaskawią, a setnego i pierwszego nie. I dlatego należy takie postanowienie, pozostawiające sądom dowolność, usunąć z przyszłej ustawy karnej.

Szczegółowo omawiał później referent paragrafy, tyczące się partactwa, żądał jak najdokładniejszego ich sformułowania, a szczególnie sprzeciwiał się propozycyi, żądającej w przyszłości zniesienia za leczenie partackie kary aresztu. Należy się spodziewać, że cały stan lekarski austryacki jak najenergiczniej zaprotestuje przeciw temu zamachowi na jego żywotne interesa.

Wedle obecnie obowiązujących przepisów ustawy karnej lekarze są obowiązani donosić o wszystkich chorobach, okaleczeniach i przypadkach śmierci, gdzie zachodzi podejrzenie o zbrodnię lub przestępstwo, a z drugiej strony obowiązkiem lekarza jest dochowywać tajemnicy, odnoszącej się do chorych, oddających się jego leczeniu. Przekroczenia oba postanowień ustawowych podlegają karze. Referent zwraca uwagę na sprzeczność obu tych przepisów karnych i stwierdza, że w zasadzie obowiązek lekarza dochowywania tajemnicy ma najzupełniejsze uzasadnienie, że jednakże w przypadkach, gdzieby szło o odwrócenie niebezpieczeństwa, zagrażającego innym osobom, czy to pod względem zdrowotnym, czy moralnym, może być obowiązkiem lekarza wyjątkowo nie przestrzegać tajemnicy. Bezwzględnie jednak nie jest rzeczą słuszną żądać od lekarzy i przymuszać ich ustawą do donoszenia. Co innego jest zapobiegać zbrodni, a co innego o niej donosić. I dlatego w najbardziej stanowczy sposób domagał się referent zupełnego skreślenia obowiązku donoszenia, z wyjątkiem chorób zakaźnych. Natomiast postanowienie, które mówi o obowiązku przestrzegania tajemnicy i wyjątkach od tego obowiązku, powinno uledz zmianie i to na wzór postanowień ustawy karnej niemieckiej.

Następnie bardzo energicznie występował referent przeciw §§. 356 i 357 ust. kar., które traktują o karach, nakładanych na lekarzy za błędy w sztuce. Stan lekarski dalekim jest od tego, by chciał bronić nieuctwa; należy jednak podkreślić, że powyższe przepisy są w wysokim stopniu niesłuszne, choćby już tylko dlatego, że za ewentualne nieuctwo karzą tylko i jedynie lekarzy, podczas, gdy ludziom, oddającym się innym zawodom, pozwalają być nieukami, jakimi sami być tylko zechcą. Wprawdzie inna rzecz z lekarzami, niż z ludźmi innego zawodu, boć oni życie ludzkie mają w ręku; ale pojęcie nieuctwa jest tak względnem, że nie można się zgodzić, żeby na niem się wspierała ustawa. Bo czyż n. p. jest nieuctwem, że nie zawsze można postawić dobre rozpoznanie? W takim razie powagi umysłowe lekarskie należałoby nieraz oznaczyć mianem nieuków, gdyż przypadki, w których genialni lekarze nie zdołali czasem choroby rozpoznać, nie należą wcale do białych kruków. Paragraf, traktujący o błędach w sztuce, jest nawet pewnego rodzaju dobrodziejstwem, jednak nie dla lekarzy, ale dla partaczy. Bo jeśli partacz, lecząc chorego, działa tak, że chory ponosi ciężką szkodę, albo nawet z jego winy umiera, to go ustawa karze nie za błąd w sztuce, ale tylko za partactwo lecznice, lub za przekroczenie, a mianowicie narażenie życia ludzkiego na niebezpieczeństwo. Tak samo powinien zniknąć z nowej ustawy karnej paragraf 358, który każe karać lekarza (względnie felczera) za zaniedbanie chorego. Państwo miesza się w ten sposób najzupełniej bezprawnie w lekarską praktykę, bo do tego miałoby prawo jedynie w tym przypadku, gdyby trudy lekarza dostatecznie opłacało, lub gdyby cały stan lekarski upaństwowiło.

Następnie omawiał referent obowiązek lekarza donoszenia o złem sporządzeniu lekarstwa w aptece i żądał zmiany w rodzaju kar, wymierzanych za błędne sporządzenie leków. Dotychczas bowiem dzieje się tak, że za taki błąd prowizor idzie do aresztu, a właściciel apteki płaci tylko karę pieniężną, co przecie sprzeciwia się obecnemu duchowi czasu, jako jednostronne traktowanie sprawy. — W końcu uczynił referent następujący wniosek: „Ze względu na to, że projekt nowej ustawy karnej znajduje się obecnie u różnych władz centralnych dla rozpatrzenia się w nim, poleca się wydziałowi gospodarczemu (*geschäftsführender Ausschuss*) Wiecu austr. Izb lek., aby się zwrócił do W. Rządu z prośbą, by tenże zażądał od Izb lekarskich oceny paragrafów ustawy, dotykających życia zawodowego lekarzy, względnie by zwołał ankietę z przedstawicieli Izb lekarskich“.

Korreferent Dr. Schlönnicher z Gracu, prezydent styryjskiej Izby lek., powołując się na odpowiedź, udzieloną swego czasu w parlamencie na interpelacyę przez kierownika ministerstwa sprawiedliwości Dra Kleina, uczynił w imieniu styryjskiej Izby następujący wniosek:

„Ze względu na to, że ustawa karna w całym szeregu przestępstw ma związek już to natury czynnej, już to biernej z życiem lekarzy praktycznych; dalej ze względu na to, że treść, układ, myśl i duch nowej ustawy bardzo żywo obchodzi cały stan lekarski i wreszcie ze względu na to, że wedle § 3 ustawy z 22 grudnia 1891, odnoszącej się do urządzenia Izb lekarskich, te właśnie Izby powołane zostały do zajmowania się wszelkiemi sprawami, tyczącemi się stanu lekarskiego i do zwracania się do rządu za pośrednictwem przełożonych władz politycznych krajowych z przedstawieniami i radami w sprawach lekarskich, Izba styryjska czyni wniosek: wnieść do rządu prośbę o przydzielenie nowego projektu ustawy karnej Izbom lekarskim, aby te mogły złożyć w tej sprawie swoje oświadczenia, rady, życzenia i żądania“.

Wnioski obu referentów jednogłośnie przyjęto. *Stahr.*

Pod tytułem: »Krzywda lekarzy krakowskich«, otrzymujemy następujące uwagi:

„W myśl §. 9 ustawy z 30/4 1870 roku powołuje rząd do krajowej Rady zdrowia czterech lekarzy, ci zaś „mają reprezentować wszystkie działy sanitarne“. Wydział krajowy deleguje do Rady zdrowia dwu członków, zaś Izby lekarskie po jednym członku, jednak tylko do obrad, tyczących się kwestyi zasadniczych, wchodzących w zakres działania Izb lekarskich (§. 4 ust. z dnia 22/12 1891).

Gdy się bada i porównywa skład krajowej Rady zdrowia od 30 kilku lat jej istnienia, uderza systematyczne pomijanie lekarzy z Galicyi zachodniej wogóle, a lekarzy krakowskich w szczególności. Nie chcemy badać, czy obecnie w krajowej Radzie zdrowia są istotnie reprezentowane wszystkie działy sanitarne, zaznaczamy tylko, że krzywdzącem jest, iż z Krakowa o 100.000 mieszkańcach, a 230 lekarzach od szeregu lat nie zasiada w gronie zawodowem ani jeden lekarz. Przypuszczamy, że niniejsza wzmianka skłoni odnośne czynniki do uchylenia tej jaskrawej niesprawiedliwości przy najbliższem mianowaniu członków Rady zdrowia, zwłaszcza, że delegatowi Izby lekarskiej zachodnio-galic. przysługuje prawo udziału w pewnych tylko obradach, a nie w sprawach sanitarnych szerszego znaczenia“.

VIII. Wiadomosci bieżące

Kraków, 9 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne. Po załatwieniu spraw administracyjnych kol. dr. Bogdanik przedstawił: 1) chorą po resekcyi obu stawów łokciowych i 2) dwóch chorych po resekcyi jelita. Kol. dr. Frommer przedstawił szereg chorych, leczonych metodą Biera, oraz promieniami Roentgena. Wreszcie kol. docent Droba podał „Wyniki badań nad epidemią zapalenia opon mózgowordzeniowych w Galicyi w r. 1905“, objaśniając wykład na kartogramach i obrazach rzutowych. Pouczający ten odczyt dla spóźnionej pory nie został skończony. **Dalszy ciąg wykładu dr. Droby i dyskusya odbędą się w przyszłą środę, t. j. 15 b. m.**

* Komisya sanitarna sejmowa uchwaliła poprzeć petycyę, wysłaną przez Towarzystwo balneologiczne polskie i Towarz. lekarskie krakowskie, by Wydział krajowy, zanim przedłoży zamierzoną nowelę dla zdrojowisk W. Sejmowi, zwołał ankietę, złożoną z interesowanych i wysłuchał ich głosu.

* Donoszą nam ze Lwowa: „W myśl powtórnie wyrażonego życzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych, przedstawionego w reskrypcie c. k. Namiestnictwa, urządził Fizyk miasta Lwowa w bieżącym roku trzeci bezpłatny kurs dla wykształcenia służby dezynfekcyjnej, przeznaczając go przedewszystkiem dla kandydatów z gmin zamiejscowych. Na zaproszenie za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa i głównego Zarządu Kółek rolniczych oświadczyły następujące gminy gotowość przysłania odpowiednich wysłanników dla wykształcenia ich na dezynfektorów: 1. Mielnica, 2. Strzeliska nowe, 3. Czyszki, 4. Załoźce, 5. Kozielniki, 6. Żydaczów, 7. Siemianówka, 8 Synowódzko wyżne, 9. Wygoda, 10. Prusy, 11. Rożniatów, 12. Nowe miasto, 13 Tyśmienica, 14. Bolechów, 15. Busk, 16. Myślenice, 17 Dźwinogród, 18. Hołosko wielkie, 19. Sokolniki, 20. Tłumacz, 21 Rudki, 22. Barszczowice (dwu kandydatów), 23. Malechów (dwu kandydatów), 24. Rawa ruska, 25. Borszczów, 26. Zboiska (dwu kandydatów), 27. Krzywczyce (dwu kandydatów), 28. Jasło, 29. Tarnów, 30. Przeworsk, 31. Kamionka Strumiłowa, 32. Drohobycz, 33. Dublany, 34. Obertyn, 35 Zaszków, 36. Rymanów, 37. Leżajsk, 38. Zamarstynów, 39. Skała, 40 Borysław, 41. Jaworów, 42. Krechowice, 43. Czernelica, 44. Podgórze, 45. Stary Sambor, 46. Siemianówka, 47. Korczyn, 48. Rybotycze, 49 Brody, 50. Bircza, 51. Kulików, 52. Peczeniżyn, 53. Trembowla, 54. Jezierzany. Nadto zgłosiły uczestników na kurs następujące kliniki Uniwersytetu lwowskiego: klinika chorób wewnętrznych, dermatologiczna, chirurgiczna i oczna. Prócz tego Dyrekcya szpitala powszechnego we Lwowie przysłała jednego wysłannika z pawilonu chorób zakaźnych, jednego lwowska Akademia weterynaryi, trzech gmina miasta Lwowa i jednego Zarząd gr.-kat. Seminaryum duchownego ze Lwowa. Nadto z własnej inicyatywy wziął udział w kursie jeden z nauczycieli szkół ludowych lwowskich.

Kurs odbył się w czasie od 7 do 12 sierpnia i składał się z teoretycznych wykładów o chorobach zakaźnych i o dezynfekcyi, tudzież z praktycznych ćwiczeń wykonywania dezynfekcyi.

Wykłady wygłoszone przez fizyka miejskiego dr. Legeżyńskiego obejmowały naukę o zarazkach chorobowych, jako istocie chorób zakaźnych, o bakteryach, o sposobach szerzenia się chorób zakaźnych między ludźmi i zwierzętami, o sposobach w jaki zaraża się człowiek zdrowy; szczegółowo omawiano niektóre choroby zakaźne jak: cholera, gruźlica, błonica, dur brzuszny i plamisty. Wykłady te były przeplatane wieloma demonstracyami. Pokazano mianowicie fotografie bakteryi w 20—25 tysięcznem powiększeniu, dalej demonstrowano przy pomocy mikroskopów bakterye barwione i bakterye żywe w kropli wiszącej. Przedstawiono również roznoszenie bakteryi za pośrednictwem muchy. Doświadczenia wykonane w oczach słuchaczy utkwiły im głęboko w pamięci i ułatwiły im znakomicie zrozumienie istoty chorób zakaźnych.

Wykłady o dezynfekcyi rozdzielono na dwie części, mianowicie: na naukę o dezynfekcyi w ogólności, w której objęto sposób dezynfekcyonowania zapomocą gorąca i zapomocą środków chemicznych. Wykład o dezynfekcyi szczegółowej obejmował dezynfekcyę w czasie choroby zakaźnej, dezynfekcyę po skończonej chorobie zakaźnej, a mianowicie dezynfekcyę osoby wyzdrowieńca lub zwłok, dorożki, którą chory jeździł do szpitala, dezynfekcyę wychodka i w końcu mieszkania chorego. Szczegółowo wyłożono porządek czynności przy odkażaniu mieszkania zapomocą bielenia ścian i porządek czynności przy odkażaniu mieszkania zapomocą pary formalinowej.

Ćwiczeniami praktycznemi, które wypełniły resztę czasu przeznaczonego na kurs, kierował lekarz miejski dr. Kielanowski.

Kurs zakończył się egzaminem publicznym w dniu 12 sierpnia. Egzamin ten udowodnił, że wszyscy uczestnicy kursu byli zupełnie przygotowani i wyszkoleni w wykonywaniu wszelkich istniejących sposobów odkażania, przyczem niektórzy, obdarzeni większą inteligencyą, udowodnili szczególną bystrość umysłu. Wszyscy otrzymali świadectwa podpisane przez egzaminatorów i przez Fizyka miejskiego.

Niezależnie od powyższego kursu urządził Fizyk miejski w marcu i sierpniu b. r. specyalne kursa z tym samym programem dla członków lwowskiej c. k. szkoły żandarmeryi. W marcu wzięło udział w kursie 79, a w sierpniu 120 żandarmów.

W bieżącym zatem roku wykształciło się na kursach we Lwowie 70 uczestników, przybyłych z rozmaitych stron Galicyi i 197 żandarmów, razem 267 osób, co wraz z uczestnikami z roku 1903 (35 osób) i z roku 1904 (35 osób) czyni razem 337 osób.

Liczby te, wogóle całe sprawozdanie, które podaliśmy tylko w streszczeniu, nie pierwszy już raz składają wymowny dowód o niezmiernie ważnej i dla całego kraju pożytecznej działalności Fizykatu m. Lwowa.

* Dowiadujemy się, że prócz przedsiębiorstwa „Linia Hamburg-Ameryka“, które zamierza dla wygody członków przyszłorocznego Kongresu lekarskiego w Lizbonie urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków, prawdopodobnie „Hamburg“, o czem Komitet narodowy polski doniósł w Nr. 43 „Przegl. lek.“; oraz prócz podobnegoż zamiaru przedsiębiorstwa firmy Cook, którego parowiec wyjedzie z Londynu, o czem w swoim czasie także doniósł Komitet narodowy polski, prezes Komitetu, prof. Wicherkiewicz, czyni starania, ażeby podobny plan podróży mógł być zorganizowany na morzu Śródziemnem, mianowicie w Tryeście. O wyniku tych zabiegów Komitet narodowy polski w swoim czasie uwiadomi ogół lekarzy polskich.

* Szef sekcyi dr. Kusý udał się na urlop: na zastępcę jego wyznaczony został prezydent krajowy dr. Hein. Ministeryum spraw wewnętrznych nie znalazło w Austryi lekarza, któryby zastąpił szefa departamentu zdrowia, zupełnie jak nasz galicyjski wydział krajowy, który od szeregu lat powołuje na czoło departamentu V-go (sanitarnego) ludzi różnych zawodów, byle nie lekarzy.

* „Nowosti“ donoszą, że niejaki p. E. Łojko zapisał 20,000 rb. i dom w Warszawie na fundusz żeńskiego uniwersytetu w tem mieście.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwer. Jagiell. otrzymali: Kazimierz Bielski i Tadeusz Sokołowski.

* Dzieło dr. Alfreda Sokołowskiego p. t. „Wykład kliniczny chorób dróg oddechowych“ (Warszawa, 1906) ukaże się wkrótce w Petersburgu w tłomaczeniu rosyjskiem. Przekład odbywa się pod kierunkiem kijowskiego profesora K. Wagnera. Tłomaczenie niemieckie poczęła już wydawać firma Hirschwalda w Berlinie.

* Fabryka p. Gurgula w Jarosławiu wyrabia pieczywo dla dyabetyków i mączkę dla dzieci. Wyroby te zostały zbadane i polecone przez Komisyę przemysłową Tow. lekar. krakowskiego: w interesie przemysłu krajowego zwracamy nanie uwagę czytelników naszych.

* Jaki jest dalszy przebieg epidemii cholery w Królestwie Polskiem, wobec braku gazet i sprawozdań nikt nic nie wie. Niewiadomość ta może przygotować przykre niespodzianki dla państw sąsiednich. Jedyna pociecha z braku środków komunikacyjnych, że i rozwleczenie cholery jest trudniejsze.

* Zarządy uniwersytetów rosyjskich złożyły ministrowi oświaty niemal jednomyślne oświadczenie, że prawidłowy bieg życia uniwersyteckiego bez nadania praw obywatelskich narodowi rosyjskiemu nie jest możebny.

* „Ruski Wracz“ wymienia parę osad syberyjskich, w których pojawiła się zaraza morowa. Lekarze tamtejsi stwierdzili zależność powstawania moru od choroby tarabaganów (rodzaj gryzoniów, których mięso jest jadalne), o czem przed paru laty pisał dr. Jan Iłgowski w swych interesujących korespondencyach „z Syberyi“ do „Przeglądu lekarskiego“.

* Ku uczczeniu 60-tej rocznicy urodzin prof. Karola Antoniego Ewalda redakcya tygodnika „Berliner klin. Wochenschrift“ wydała numer uroczysty, do którego weszło 30 prac pióra „przyjaciół i dawnych uczniów“ i 13 prac ze szpitala Augusty. Z wyjątkiem jednej pracy po francusku i 1 po angielsku, wszystkie inne wyszły po niemiecku i zostały napisane przez najznakomitszych dzisiejszych badaczy niemieckich.

* Między 15 a 21 października zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kałuskim (2 gm.), kamioneckim i przemyskim (po 1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Burci — profesorem nadzwycz. chirurgii we Florencyi. Profesorem higieny w wiedeńskim uniwersytecie mian. został dr. Artur Schaffenfroh — uczeń Grubera.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Alfred Treu, lat 56 — w Trockach Dr. Andrzej Kłodzianowski, konsul austryacki w Persyi, zmarł w Lackiej Woli (Galicya), licząc lat 60. W Würzburgu zmarł światowej sławy anatom-histolog Albert Kölliker, w 88 roku życia.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 11 Szulisławski: Z higieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówki i ochronie uczu niemowląt (c. d.). Obtułowicz: O potrzebie zaprowadzenia obowiązkowej nauki higieny w szkołach średnich. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny (c. d.). Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy (*mycosis*) górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.). Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 21 zawiera: O głos w Sejmie dla Izb lekarskich. — Petycya Izb lekarskich w sprawie lekarzy okręgowych. — W sprawie zaprowadzenia lekarzy szkolnych. — Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi, zapoczętą przez c. k. rząd (dok.). — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905 (c. d.) — Ustawa emerytalna w zastosowaniu do galic. lekarzy okręgowych. — Stanowisko Sejmu wobec walki z cholerą.

— *Sbornik klinický* C. 1. Kuffner: Dva forensni případy bájivé lhavosti. Heveroch: O myšlenkách podvržených a vyzrazených. Vitek: K pathologii conus medullaris a caudae equinae.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Haškovec: Neuropathologické příspěvky. Heryng: Therapie inhalační a nové inhalační methody. Votruba: Meningoencephalitis tuberculosa haemorrhagica. Kimla: Spirochaete pallida (Schaudinn-Hoffmann) a její význam pro aetiologii syfilis (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 86. Gilbert: Skaza z samozakażenia. — Nr. 87. Bernard i Bigart: Budowa nadnercza prawidłowego u człowieka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44. Baumgarten: Doświadczenia nad gruźlicą wstępującą narządu moczopłciowego. Roscher: Badania nad znajdowaniem się krętka bladego w kile. Souza i Pereira: O znajdowaniu się krętka bladego w kile nabytej i odziedziczonej. Sasaki: Doświadczalne badania nad ciśnieniem osmotycznem czystego soku żołądkowego w rozmaitych warunkach. Neisser i Sachs: Postępowanie w celu wykazania sądowolekarskiego pochodzenia krwi. Perlmann: O refrakcyometrze.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 44. Bechtold: Zapalenie płuc jednodniowe. Schottelius: Bakteryologiczne uwagi nad epidemią duru rzekomego (*paratyphus*). Tappeiner: O utlenianiu zapomocą ciał fluoryzujących w świetle i o jego przemianach wywołanych bieleniem. Graf: Przyczynek do kazuistyki zranień śledziony i ich leczenia. Przypadek zapalenia kiszek wywołanego wymoczkami. Lüdke: Przyczynek do studyów t. zw. „komplementów“ (dok.).

Wiener klin. Wochenschrift Nr. 44. Jellinek: Śmierć wskutek rażenia prądem elektrycznym. Bartel: Zakażenie gruźlicze morskich świnek i królików w okresie ssania. Zucker: Pojawianie się błonicy w ostatniem dziesięcioleciu i stosunek śmiertelności z błonicy. Zucker: Wpływ surowicy przeciwbłoniczej przy powtórnem zachorowaniu i wstrzyknięciu. Scheiber: Przyczynek do postępowania zapobiegawczego przy błonicy. Zuppinger: Leczenie surowicze błonicy.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 44. Israel: Przyczynek do rozpoznawania guzów nadnercza. Zupnik: O różniczkowo-rozpoznawczem znaczeniu miareczkowania aglutynacyi przy durze prawdziwym i rzekomym. Citron: Cukromierz fermentacyjny, nowy przyrząd do ilościowego oznaczania cukru. Flatow: Acidol, środek stały, zastępujący kwas solny. Flügel: Dalsze znachodzenie krętków bladych w kile. Brönnum i Ellermann: Krętek blady w narządach wewnętrznych przy kile dziedzicznej. Schmidt: O pozostających po naświetlaniu promieniami radu zmianach w skórze i o znaczeniu ich dla leczniczego zastosowania promieni Becquerela. Rubens: Śródżylne leczenie salicylowe. Herz: O przeciągu i o wietrze.

Redakcya otrzymała: Opolski: Uwagi nad reformą opieki nad obłąkanymi. Langie: Historya okularów.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 44 (od dnia 29/X do 4/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 25, dziew. 27; nieżywo: chł. 5, dz. —. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 14, kob. 21; zamiejscowych: męż. 10, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 2. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. 5. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 34, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**